UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1915. — N° 7

Contribution à l'Étude de la Médication Ocytocique par les Divers Extraits Hypophysaires

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 2 Juillet 1915

PAR

M. MARCEL ANTOINE

Né à Toulouse, le 29 mai 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, *Professeur de clinique obstétricale*..... PRÉSIDENT.
HERAIL, *Professeur de matière médicale*.....
POUJOL, *Professeur d'anatomie pathologique*..... ASSESSEURS.
FERRARI, *chargé des fonctions d'Agrégé*.....

ALGER
IMPRIMERIE ALGÉRIENNE
1915.

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1915. — N° 7

Contribution à l'Étude de la Médication Ocytocique par les Divers Extraits Hypophysaires

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 2 Juillet 1915

PAR

M. MARCEL ANTOINE

Né a Toulouse, le 29 mai 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, *Professeur de clinique obstétricale*..... PRÉSIDENT.

HERAIL, *Professeur de matière médicale*.....

POUJOL, *Professeur d'anatomie pathologique*..... ASSESSEURS.

FERRARI, *chargé des fonctions d'Agrégé*.....

ALGER
IMPRIMERIE ALGÉRIENNE
1915.

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (✻, I. ✪).
ASSESSEUR..... TRABUT (✻, I. ✪, O. ✪).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (I. ✪).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✪).
Physiologie	REY (✻, I. ✪).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	BRAULT (✻, I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (✻, I. ✪)
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻, I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, A. ✪).
Chimie médicale et toxicologie	MALOSSE (I. ✪, ✺).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✪).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻, I. ✪, O. ✪)
Pathologie générale, microbiologie	SOULIÉ (I. ✪).
Hygiène et médecine légale	CRESPIN (I. ✪).
Histologie	ARGAUD (I. ✪).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✪).

CHARGÉ DE COURS, PROFESSEUR ADJOINT

Chimie biologique..... M. SAMBUC (I. ✪).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine générale	MM. GILLOT (I. ✪).
Physiologie	BATTEZ.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM. LEBLANC (A. ✪).
Chaires de pathologie et de clinique externes	E. CABANES (A. ✪).
et de clinique obstétricale	FUSTER. (A. ✪).
Chaires de chimie et de physique	MALOSSE (A. ✪).
Chaires de pharmacie et de matière médicale	MUSSO.
Section de médecine générale	RAYNAUD.
Section de chirurgie	LOMBARD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine	NÈGRE.

Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A la Mémoire vénérée de mon Père
le Professeur F. ANTOINE
de la Faculté des Lettres de Toulouse

A la Mémoire chérie de mon Frère

A ma Mère

Que ce modeste travail soit pour elle un gage de ma profonde affection et de mon éternelle reconnaissance pour le dévouement inlassable dont elle n'a cessé de m'entourer.

A mon Frère
Maurice ANTOINE, administratenr-adjoint
en Algérie

A ma Sœur

Meis et Amicis

A Monsieur Charles LUTAUD

Gouverneur Général de l'Algérie

Commandeur de la Légion d'Honneur

Très respectueusement.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur Jules ROUVIER

Professeur de Clinique Obstétricale a la Faculté de Médecine d'Alger

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous n'oublirons jamais l'accueil bienveillant que ce maître éminent à bien voulu nous réserver dans son service de la Maternité de l'Hôpital Civil de Mustapha. Il ne nous a ménagé ni son temps ni sa peine pour nous initier aux beautés de l'obstétrique, et son enseignement clair et précis restera comme un précieux souvenir de nos années d'étudiant. Après nous avoir inspiré le sujet de cette thèse, il a bien voulu accepter d'en présider la soutenance ; qu'il veuille bien trouver ici le faible témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur HÉRAIL,

PROFESSEUR DE MATIÈRE MÉDICALE

Monsieur le Professeur POUJOL,

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Monsieur le Docteur FERRARI,

CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

A LA MÉMOIRE DE MES REGRETTÉS MAITRES

Monsieur le Professeur CESTAN

Professeur de Clinique Chirurgicale

Monsieur le Professeur CHARPY

Professeur d'Anatomie

à la Faculté de Médecine de Toulouse

A Monsieur le Professeur JEANNEL

Professeur de Clinique Chirurgicale

Doyen de la Faculté de Médecine de Toulouse

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine de Toulouse

MM. LES PROFESSEURS :

Tourneux, Jeannel, Mossé, Abelous, Maurel, Saint-Ange, Marie, Morel, Rispal, Bardier, Audry, Frenkel, Bézy, Audebert, Raymond, Baylac, Dieulafé, Aloy.

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS :

Garipuy, Dambrin, Martin, Caubet, Sorel.

MM. LES DOCTEURS :

Gilles, Chamayou, Clermont.

A Monsieur le Professeur CURTILLET

Professeur de clinique chirurgicale-infantile et orthopédique

Doyen à la Faculté de Médecine d'Alger

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine d'Alger

Je dédie cette thèse.

AVANT-PROPOS

Nous nous sommes proposé, dans ce travail, d'apporter notre bien modeste contribution à l'étude de l'emploi des extraits hypophysaires dans la pratique obstétricale. Quoique, comme nous le verrons plus loin dans l'historique, la médication opothérapique, ait, pouvons-nous dire, existé de tous temps, il est une question qui a fait son apparition depuis peu ; quelques années à peine nous séparent en effet du jour où furent publiés pour la première fois les résultats que devaient donner les extraits hypophysaires employés comme ocytociques. A la suite de ces premières publications, dont les résultats semblaient devoir être très encourageants, les auteurs en France et à l'étranger se mirent résolument à l'œuvre. Ils firent des recherches nombreuses et s'empressèrent d'initier le public médical aux succès que leur donna l'opothérapie. A la suite de ces travaux, la médication hypophysaire entra définitivement dans la pratique obstétricale. Cependant, à la Maternité de l'Hôpital de Mustapha, Monsieur le Professeur Rouvier appliqua dans un grand nombre de cas cette méthode ; il put ainsi mettre à notre disposition un nombre assez important d'observations. Ces essais furent surtout pratiqués avec l'Hypophyse Fournier et l'extrait hypophysaire fut introduit dans l'organisme par la voie buccale. Or, en parcourant la série des résultats publiés tant en France qu'à l'étranger, nous avions été frappé de ce que tous les auteurs ou à peu près s'étaient servis de préparations différentes ; Pituitrine Parke et Davis, Pituglandol Hoffmann-La Roche, Vaporole infundibulaire de Burroughs Welcome, etc., et introduisaient la préparation

dans l'économie par la voie hypodermique. Il nous a donc paru intéressant d'établir une comparaison entre les résultats obtenus par les divers auteurs et ceux qui ont été constatés à la Maternité d'Alger.

Notre travail commencera par un court aperçu historique de l'opothérapie en général et de la médication hypophysaire ; nous donnerons ensuite quelques notions fort succinctes sur l'anatomie et la physiologie de l'Hypophyse et nous les ferons suivre par un exposé rapide des recherches expérimentales qui ont précédé l'emploi des préparations hypophysaires. Dans les chapitres suivants, nous ferons connaître les résultats obtenus en clinique par les divers auteurs, résultats auxquels nous joindrons ceux que nous avons obtenus nous-même à la Maternité d'Alger. Un chapitre spécial sera consacré pour cela à chacun des différents temps de la grossesse et de l'accouchement ; après avoir fait connaître les divers accidents que l'on a cru pouvoir attribuer aux préparations hypophysaires, nous donnerons quelques-unes des observations les plus concluantes recueillies à la Maternité d'Alger ; nous terminerons ensuite par une statistique générale de tous les cas observés à Alger qui nous permettra de tirer nos conclusions.

Mais, auparavant, il nous reste un devoir bien agréable à remplir. Durant nos années passées à la Faculté de Toulouse et à la Faculté d'Alger, nous avons toujours été accueillis très cordialement par les maîtres bienveillants qui ont bien voulu s'intéresser à nous. Aussi, est-ce avec une reconnaissance émue que nous venons leur adresser nos meilleurs remerciements. Nous voici à la veille de quitter cette Faculté où s'écoulèrent les plus heureux moments de notre jeunesse ; c'est là que nous avons reçu de ces bons Maîtres les conseils désintéressés que leur dévouement et leur longue pratique leur ont suggérés et qui seront pour nous le meilleur guide dans la nouvelle vie que nous allons entreprendre.

Aussi, nous ne voulons pas parler de séparation, ce qui semblerait vouloir indiquer une rupture des liens qui unissent le Professeur à l'élève ; cette rupture n'existe pas, et durant toute notre vie nous resterons en communion avec

ceux qui ne nous ont ménagé ni leur peine, ni leur temps, et à qui nous devons tout.

Qu'ils veuillent bien accepter comme gage de notre reconnaissance ce modeste travail.

Que Monsieur le Professeur Curtillet, Doyen de la Faculté de Médecine d'Alger, veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude pour le dévouement dont il a fait preuve à notre égard, et pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous avons passé six mois dans le service du Docteur L. Cochez, Chirurgien des Hôpitaux, et c'est avec gratitude que nous le remercions de sa bienveillante sympathie.

Mademoiselle Vandomber, Maîtresse Sage-Femme à la Maternité d'Alger, a bien voulu nous aider à effectuer des recherches dans les archives de la Maternité ; elle nous a permis de mener à bien notre travail. Durant notre court séjour dans le service de la Maternité, elle a bien voulu nous faire part de sa connaissance approfondie de l'Obstétrique. Qu'elle veuille bien trouver ici nos remerciements les plus sincères.

Enfin, notre ami, le Docteur Pouget, Chef de Clinique obstétricale, ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils. Il a mis à notre disposition, avec la bonne grâce qui lui est coutumière, sa science et son profond esprit didactique. Qu'il veuille bien accepter nos meilleurs remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Historique

La médication organique, à laquelle Landouzy a donné le nom d'opothérapie, remonte à la plus haute antiquité. A cette époque, on s'empressait de traiter la lésion d'un organe par des préparations plus ou moins complexes, empruntées aux mêmes organes sains des animaux ; jusqu'à la chute des ongles, que les Grecs ont essayé d'enrayer au moyen de poudre d'ongles ou de griffes. Celse, Dioscoride, Galien, Oribase, se servaient de foies d'animaux divers pour essayer de combattre l'hydropisie et la jaunisse. En somme, il s'agit là d'une méthode thérapeutique qui était fort prisée des Romains et des Grecs ; et Pline l'Ancien, dans son « Histoire Naturelle », a pu nous transmettre fidèlement les formules de cette médication. Cependant, le Moyen Age ignore tout de cette méthode dont on ne peut retrouver de traces après l'invasion des Barbares ; mais elle reparaît avec la Renaissance, remise en honneur par l'Ecole d'Alexandrie et les médecins arabes qui en avaient fidèlement recueilli les préceptes. Au XVIII^e^ siècle, elle retombe de nouveau dans l'oubli ; c'est qu'à cette époque, l'étude de la botanique fournit à la science thérapeutique une foule de médicaments nouveaux ; aux macérations on substitue les décoctions, et il est très vraisemblable que l'emploi des sucs organiques perdit de son ancienne valeur par le manque d'activité de ses produits. Aussi cette médication finit par disparaître totalement.

Cette origine aussi éloignée d'une médication qui tient tant de place de nos jours, a été démontrée avec preuves à l'appui par M. F. Brunet, dans un travail très intéressant paru en 1890. Mais une année auparavant, Brown-Sequard avait fait, à la Société de Biologie, sa fameuse communication dans laquelle il rapportait son auto-observation ; se sentant vieillir, il voulut essayer d'amoindrir toutes les petites misères qui ne manquent de venir importuner notre humanité à un âge assez avancé ; il fit usage pour cela de suc obtenu en triturant des testicules de cobaye dans la glycérine, et il obtint ainsi des résultats remarquables. Sa communication fut accueillie par des rires et des plaisanteries. Mais Brown-Sequard renouvela ses essais, fit de nouvelles communications. Devant son insistance, d'Arsonval et Variot reprirent les mêmes expériences, et il fallut bien se rendre à l'évidence que Brown-Sequard venait d'ouvrir la voie à une nouvelle méthode thérapeutique.

Mais, ainsi que le démontra Brunet, l'opothérapie existait déjà chez les Romains ; seulement, ceux-ci appliquaient aux appareils et aux tissus la fameuse formule « similia similibus curantur ». Brown-Sequard part d'un tout autre principe et il entrevoit une théorie nouvelle de la nutrition par les sucs que certaines glandes déversent continuellement dans le sang. Violemment attaquée par quelques adversaires, mais soutenue par la plupart des physiologistes, cette nouvelle théorie fut précisée en 1896 par Combe (de Lausanne) qui divise les glandes en deux groupes au point de vue de leur sécrétion interne : les unes, glandes antitoxiques, détruisent les poisons fabriqués en divers points de l'économie, les autres, dites glandes vivifiantes, déversent dans le sang des produits destinés à regénérer les tissus et organes.

Depuis la communication de Brown-Sequard, l'opothérapie est devenue le sujet de nombreuses études que nous ne pouvons relater ici. Nous ne citerons que le remarquable rapport de MM. Gilbert et Carnot, au Congrès de Montpellier, où les auteurs donnent les principes précis et complets des préparations opothérapiques.

L'hypophyse, tout comme les autres glandes, a eu sa place dans les travaux publiés.

En 1895, Pierre Marie et Marinesco l'emploient dans le traitement de l'acromégalie. Puis Mairet et Bosc, Renon et Delille, Parisot, Treretoli, l'emploient dans la plupart des infections aiguës et chroniques, les dystrophies, etc.

Sale, en Angleterre, von Frankl-Hochwart, en Allemagne, font connaître l'action remarquable de l'extrait hypophysaire sur les fibres lisses, en particulier de l'utérus et de la vessie. C'est alors que Frankl-Hochwart fait entrevoir les bénéfices que l'on pourrait retirer de l'emploi de cette méthode, pour rendre, au moment de l'accouchement, toute leur vigueur et toute leur efficacité aux contractions trop faibles et sans effet appréciable de la fibre utérine.

En 1909, Bell rapporte trois cas, dans lesquels il employa l'extrait d'hypophyse, dont deux concernaient une opération césarienne, et un troisième un placenta prœvia. Dans ce dernier cas, il obtint une expulsion spontanée du fœtus sans hémorragie de la délivrance. Cette expulsion spontanée fut un résultat tout à fait inattendu, car Bell n'avait eu d'autre but, en employant une préparation hypophysaire, que de combattre l'hémorragie.

Hofbauer, assistant de Winter, professeur de clinique obstétricale à la faculté de Kœnigsberg, entreprend le premier des essais sur l'emploi des préparations hypophysaires comme ocytocique. Les résultats intéressants concernent douze femmes chez lesquelles il réussit à renforcer les contractions utérines au moyen de pituitrine ; ce succès encouragea vivement les auteurs, et cette méthode ne tarda pas à se généraliser en Allemagne.

Puis, Gottfried, assistant de Rosenfeld de Vienne, apporte sa contribution à cette étude, en publiant cinq cas, dans lesquels il fit usage d'injection d'extrait hypophysaire ; sur ces cinq cas, il y a trois succès.

Hern, assistant de la clinique du professeur Kurstner, de Breslau, communique les heureux résultats de la médication hypophysaire, dont deux cas dans lesquels il a

réussi à provoquer le travail, alors qu'il n'avait aucune tendance à commencer.

En France, la littérature médicale s'est enrichie de nombreuses communications. Parisot et Spire ont essayé la méthode dans le service du Professeur Hergott de Nancy. Pouliot et Vayssières communiquent les résultats obtenus à la Maternité de l'hôpital Lariboisière. Le Professeur Bar, dans son service de la clinique Tarnier, utilise l'extrait hypophysaire et fait à ce sujet une communication à la Société d'Obstétrique de Paris.

Bonnet, Laborderie et Fourdinier font connaître leurs résultats dans le « Journal des Sciences Médicales » de Lille. Claude et Beaudoin font des recherches sur les effets des extraits hypophysaires. Commandeur et Devin expérimentent la pituitrine ; Parache obtient d'excellents résultats. Zuloaga, dans son magnifique discours de réception à l'Académie Royale de Médecine et de Chirurgie de Valladolid, fait un exposé complet de l'état de nos connaissances sur la physiologie de l'hypophyse. Le premier, en Espagne, il a expérimenté l'extrait hypophysaire pour lutter contre l'inertie utérine ; et il se déclare très partisan de cette méthode.

De l'ensemble des faits expérimentaux que nous venons de faire connaître, se dégage immédiatement l'impression que l'extrait hypophysaire, en vertu de son action élective sur les organes à fibres musculaires lisses, l'utérus en particulier, va pouvoir rendre de grands services en obstétrique. Nous commençons à entrevoir les résultats heureux qui suivront son emploi, et que dans les chapitres suivants nous allons mettre sous les yeux du lecteur. Il était donc naturel de se laisser tenter par cette nouvelle méthode ; et Monsieur le Professeur Rouvier a fait procéder à des essais dont nous verrons les résultats au cours de notre travail. Nous aurions voulu publier toutes les observations recueillies à la Maternité d'Alger ; malheureusement, nous avons dû renoncer à cette idée ; nos observations sont en effet au nombre de 67 ; nous avons dû nous contenter d'en publier un tout petit nombre que

nous avons choisies parmi les plus probantes. Nous tenions cependant à faire connaître l'ensemble des résultats duquel pouvaient être tirées nos conclusions ; nous avons donc joint à ceux des auteurs les résultats de notre expérimentation, nous réservant de faire en quelques lignes une discussion portant sur l'ensemble des observations recueillies à Alger.

Nous avions à notre disposition diverses préparations pour faire nos expériences ; nous avons arrêté notre choix sur l'Hypophyse Fournier, et cela pour deux raisons : en premier lieu, parce qu'elle est introduite dans l'organisme par la voie buccale ; or, la grande majorité des auteurs s'est adressée à l'introduction par la voie hypodermique. Il était donc intéressant de pouvoir comparer les résultats obtenus par deux voies différentes d'absorption ; en second lieu, parce que l'Hypophyse Fournier a été fort peu utilisée et qu'il nous a semblé judicieux, dans l'intérêt de la Science, de chercher à savoir ce que nous étions en droit d'attendre de cette préparation.

Nous allons indiquer brièvement le mode de préparation. L'animal que l'on a choisi pour prélever la glande hypophyse est le bœuf. Les glandes sont réséquées dès après l'abatage et placées dans un récipient entouré de glace fondante, puis transportées au laboratoire, où elles sont aussitôt pulpées au moyen d'un appareil préalablement passé à l'autoclave. Cette pulpe est étendue en couches minces dans un nombre suffisant de cristallisoirs, lesquels sont introduits dans des autoclaves spéciaux où l'on fait un vide énergique. On se garde bien d'employer la chaleur qui présente des inconvénients ; si, en effet, on utilise des températures peu élevées, la dessiccation dure longtemps, favorise l'ingérence des microbes, et par suite, la formation de produits de putréfaction toxiques ; si, au contraire, on utilise des températures plus élevées, l'activité thérapeutique des organes décroît progressivement, pour devenir rapidement nulle. Grâce au dégagement de la chaleur latente de vaporisation sous l'influence du vide, la pulpe se refroidit considérablement, le thermomètre

descend jusqu'à 10 et même 14 degrés au dessous de zéro. Cette température se maintient automatiquement tant que la pulpe est encore humide ; elle remonte seulement lorsqu'elle est sèche, et c'est quand le thermomètre marque un degré identique à la température ambiante, indiquée par un thermomètre extérieur, qu'on est averti du terme de la dessiccation. La matière est alors retirée des autoclaves et réduite à l'état de poudre, au moyen d'un appareil, stérilisé comme l'appareil à pulper. Ces poudres sont alors distribuées en cachets, à raison de 0 gr. 10 par cachet

Nous avons pensé qu'il serait intéressant, pour le lecteur, de connaître le mode de préparation du produit qui nous a permis d'expérimenter les extraits hypophysaires à la Maternité d'Alger.

Nous allons, dans le chapitre suivant, envisager leur action aux différents stades de la grossesse ; nous ferons connaître les recherches chimiques des auteurs et nous ferons connaître nos propres résultats.

CHAPITRE II

Anatomie et physiologie succinctes de l'Hypophyse Recherches expérimentales

L'hypophyse est une glande vasculaire sanguine qui est logée dans la selle turcique qu'elle remplit complètement. Elle est en rapport en arrière, avec les tubercules quadrijumeaux, en avant, avec le chiasma optique ; latéralement, avec le sinus caverneux et, par son intermédiaire, avec la carotide interne, le nerf moteur oculaire commun, le nerf pathétique, le nerf ophtalmique de Willis et le nerf moteur oculaire externe.

Elle a une forme ellipsoïde à grand axe transversal ; de dimensions restreintes, son poids varie de 35 à 45 centigrammes.

Elle est recouverte par les lobes cérébraux, dont elle est séparée par un repli de la dure-mère, la tente de l'hypophyse, qui en un point présente un orifice pour laisser passer la tige pituitaire.

Elle se décompose en deux lobes : l'un antérieur, plus volumineux, de coloration rougeâtre, appelé encore lobe glandulaire ; l'autre postérieur, plus petit, de coloration gris jaunâtre, appelé encore lobe nerveux.

Elle naît aux dépens de deux prolongements : l'un parti de la fossette buccale, la poche de Rathke, forme

le lobe antérieur ; l'autre parti du cerveau intermédiaire, dans la région de l'infundibulum, forme le lobe postérieur.

Au point de vue histologique, le lobe postérieur se compose de fibres nerveuses, fines, disposées en tous sens, dont on ignore l'origine, et de cellules, les unes épendymaires, les autres névrogliques, très variables de forme et de volume. Autour de cet ensemble de fibres et de cellules, se trouve une membrane conjonctivo-vasculaire qui se prolonge sur la tige pituitaire.

Le lobe antérieur est décomposé en une série de loges limitées par des cloisons conjonctives, le long desquelles cheminent les vaisseaux de la glande. Dans l'intérieur de ces loges, se trouvent deux sortes de cellules : des cellules chromophobes, claires, dépourvues de granulations, et des cellules chromophiles, fortement granuleuses et prenant avidement les colorants. A l'heure actuelle, l'opinion la plus répandue est que ces deux sortes de cellules ne sont que deux formes d'une même cellule à un stade différent d'évolution.

Nous venons d'esquisser très rapidement, en quelques mots, l'anatomie et l'histologie de la glande hypophysaire. Nous allons nous occuper maintenant de la physiologie. Sans faire un exposé complet de la question, ce qui dépasserait de beaucoup les limites que nous avons assignées à notre modeste travail, nous insisterons surtout sur les recherches expérimentales ; nous arriverons ainsi à montrer comment, après avoir utilisé l'extrait hypophysaire dans un certain nombre d'affections, on est arrivé à l'employer comme ocytocique.

Le produit de sécrétion de la glande hypophysaire semble être :

1° De la graisse que l'on voit dans les cellules principales et que l'on reconnaît à ses réactions ;

2° Une substance colloïde analogue à celle de la thyroïde, mais dont la valeur et l'origine sont très discutées.

Pour étudier la physiologie de cette glande, l'expérimentateur a deux procédés à sa disposition :

1° L'extirpation de la glande. On se trouve ici en présence de difficultés énormes étant donnée la situation profonde de cet organe. Cependant Paulesco a fait, en 1907, des recherches dans ce sens, et il est arrivé aux conclusions suivantes :

A. « L'hypophysectomie totale est suivie à bref délai de la mort de l'animal. La durée moyenne de survie chez le chien est de vingt-quatre heures.

« Si la survie est plus longue, c'est que des débris de la portion épithéliale sont restés. »

B. « L'ablation d'une partie de la substance corticale du lobe épithélial permet la survie indéfinie et ne donne lieu à aucun trouble.

« Par contre, l'ablation de toute cette portion correspond à l'hypophysectomie totale. »

C. « L'ablation du lobe nerveux est compatible avec la survie indéfinie sans désordre appréciable. »

2° Les expériences avec les extraits. C'est à cette seconde méthode que se sont adressés la grande majorité des auteurs qui ont voulu connaître la physiologie de l'hypophyse. Nous allons donc passer en revue les principales expériences avec les résultats qu'elles ont donnés.

On a pu obtenir une substance de composition inconnue, mais dans laquelle on trouve : du phosphore, de la chaux, de l'iode, du brome, de l'arsenic. Elle est dialysable, non réductible, insoluble dans l'alcool et dans l'éther.

En 1895, Oliver et Schæfer préparent un extrait aqueux ou glycériné de glande hypophysaire ; ils firent avec cet extrait de nombreuses expériences, qui leur démontre que son emploi produit une élévation de la pression artérielle.

En 1898, Howell cherche à différencier les extraits fournis par chaque lobe séparément, il constate que l'élévation de la pression est sous l'influence de la substance contenue dans le lobe postérieur.

En 1899, Schæfer et Swale Vincent prétendent que leurs expériences les auraient amenés à conclure que, dans l'extrait de glande totale, se trouvent deux substances ;

l'une, hypertensive, l'autre, hypotensive. Ce fait fut ensuite démontré par Falta et Ivcovic, qui firent connaître l'action antagoniste exercée par les deux lobes. Et c'est à Falta que revient l'honneur d'avoir démontré d'une façon indubitable cet antagonisme. Pour cela, il injecta à un chien une dose d'extrait glycériné du lobe antérieur ; immédiatement, la pression sanguine tomba à zéro ; et cet abaissement fut accompagné par un ralentissement rapide et progressif du cœur et de la respiration qui aboutit à l'arrêt de ces deux fonctions. A ce moment, il injecta deux centicubes d'extrait de lobe postérieur, et il put constater que, tandis que le cœur et la respiration reprenaient leur fonctionnement normal, la pression sanguine remontait pour atteindre bientôt la valeur qu'elle avait avant l'expérience.

Cette expérience, très concluante, démontre clairement l'action inverse des deux lobes de l'hypophyse. Mais cette action n'a point la même valeur, et lorsqu'on injecte de l'extrait total de glande, le seul effet obtenu est une légère élévation de la pression sanguine. Il y a donc prédominance de l'action du lobe postérieur, et c'est pourquoi les recherches des auteurs ont surtout porté sur le lobe postérieur.

Hougton et Merrill ont démontré que cette augmentation de pression dure une demi-heure, quelquefois davantage.

Klotz saigne fortement un chien, lui fait une injection d'extrait hypophysaire, et voit la pression monter de 20 millimètres. Il conclut, de nombreuses expériences, que l'augmentation de la pression est de 15 à 20 millimètres ; mais qu'une seconde injection a peu d'action sur la pression.

Hebdom constate que l'augmentation de pression s'accompagne d'une diminution dans le nombre des battements cardiaques, et d'une augmentation dans leur amplitude.

Quant au mécanisme de l'action intime de l'extrait hypophysaire, les auteurs ne sont pas d'accord. Comme

cette action se produit même après la section des pneumogastriques, il semble bien qu'elle s'exerce directement sur la fibre cardiaque et sur les vaisseaux. A la suite de nombreux travaux, Salvioli et Carraro concluent que l'hypertension est sous la dépendance de la vaso-constriction, par action directe sur les fibres lisses des vaisseaux, beaucoup plus que d'une excitation des centres vasomoteurs.

L'extrait d'hypophyse possède aussi une action diurétique. Schæfer et Herring avaient affirmé la production d'une forte diurèse. Pal, pour le démontrer, endort un chien au curare ; il vide sa vessie, fait une injection de pituitrine et quelques instants après la vessie est pleine d'urine.

Puisque l'extrait hypophysaire agit sur les fibres lisses des vaisseaux en les faisant contracter, les auteurs furent amenés à étudier l'action probable de cet extrait sur toutes les fibres lisses de l'organisme et celle des organes creux en particulier, comme l'intestin, la vessie et l'utérus.

En 1908, Cramer, opérant sur des yeux de grenouille énucléés, démontre la dilatation pupillaire consécutive à l'action de l'extrait de lobe postérieur ; ce dernier agit donc sur les fibres lisses de l'iris.

En 1909, Dale poursuit de nombreuses expériences sur les animaux ; il recherche principalement l'action sur les organes creux contractiles, et il constate que la musculature de la vessie et celle de l'utérus sont excitées, ce dernier subissant plus profondément l'action de la préparation.

Un peu plus tard, Franckl-Hochwart et Frœlich, font des recherches semblables avec la pituitrine ; ils constatent son action presque élective sur l'utérus ; et voient qu'une seconde injection augmente peu l'action de la première.

En 1910, Parisot et Lucien font connaître les résultats de leurs expériences, qui ne sont que la confirmation des résultats obtenus par les divers auteurs. Ils ont injecté à une lapine de l'extrait total d'hypophyse. Ils ont constaté

que l'élévation de la pression s'accompagne de vaso-constriction des organes surtout marquée au niveau de l'utérus ; en outre, ils ont pu remarquer sur cet organe des ondes musculaires plus ou moins accentuées. Cette action est encore plus nette, si l'on utilise de l'extrait de lobe postérieur seul ; de plus Franckl-Hochwart a démontré que cette action est beaucoup plus marquée sur un utérus gravide.

Nous devons encore mentionner les travaux de Housay, de Buenos-Ayres. Il a réussi à extraire du lobe postérieur une substance cristallisée qu'il considère comme le véritable principe actif. Cette substance possède une action cardio-tonique et diurétique, et possède en outre la propriété de faire contracter les organes creux à fibres lisses, et en particulier le muscle utérin. Il a expérimenté sur l'utérus isolé, et a réussi à le faire contracter ; d'où il conclut que l'extrait hypophysaire fait contracter l'utérus par action directe sur la fibre musculaire.

En 1913, Musser ne s'adresse plus aux animaux, mais bien à l'homme. Il a pris dix-huit sujets, dont treize malades, et cinq étudiants en médecine ; il s'est servi d'extrait de glande totale administré sous forme de tablettes contenant chacune une quantité correspondante à 0 gr. 065 milligrammes de glande fraîche. Il donne quatre tablettes par jour, parfois davantage. Chez les étudiants, l'expérience dure une semaine, et un mois au moins chez les malades. Et voici les constations qu'il a pu faire :

Sur dix-sept individus, il y eut une élévation de la pression dont le maximum a été de vingt-huit millimètres de mercure. Généralement, il y avait une augmentation correspondante de la pression diastolique ; mais, dans quelques cas, celle-ci resta inchangée ou même descendit au-dessous de la valeur qu'elle avait avant l'ingestion.

Les modifications du pouls furent inconstantes ; habituellement l'auteur constata une augmentation de fréquence ; chez deux personnes seulement il y eut une diminution du nombre des pulsations.

Chez six personnes seulement on put constater un

effet diurétique ; mais jamais il n'y eut production de glycosurie.

L'extrait hypophysaire exerça également une certaine action sur le tube digestif ; dans sept cas, il produisit de la diarrhée ; chez quatre individus, habituellement constipés, il produisit une selle quotidienne.

Subjectivement, quatre sujets ont paru retirer un grand bénéfice de l'augmentation de pression et de l'effet stimulant général exercé sur les fibres lisses. Un malade fut influencé favorablement par l'action diurétique.

L'auteur conclut que l'usage prolongé de l'extrait hypophysaire introduit par la voie buccale, détermine une action très nette sur l'appareil vasculaire périphérique, action qui persiste pendant un temps appréciable après la cessation du médicament.

L'hypophyse a également une action sur les autres glandes à sécrétion interne ; c'est ainsi que si on enlève ou si on supprime fonctionnellement le corps thyroïde, la capsule surrénale et les testicules, on peut constater une hypertrophie et une augmentation de fonctionnement de la glande hypophysaire. De même l'extrait d'hypophyse augmente la sécrétion hypophysaire et surrénale pour diminuer au contraire celle du corps thyroïde. L'extrait du lobe antérieur seul, ne paraît qu'influer en partie sur la sécrétion thyroïdienne. De ces faits, il est permis de conclure que les glandes à sécrétion interne ont un fonctionnement qui dépend de la vitalité de chacune des autres ; et que les troubles de leur activité ont un retentissement sur la fonction sécrétoire des autres.

L'hypophyse exerce encore sur l'organisme des actions qui n'ont pas encore été bien précisées. Elle aurait une action sur la nutrition générale qui se traduirait par une augmentation dans l'échange des sels et favoriserait ensuite leur élimination par la voie intestinale.

L'extrait hypophysaire aurait la propriété de provoquer la glycosurie ; ce trouble signalé par certains auteurs (Claude et Beaudoin) n'a jamais été constaté par beaucoup de ceux qui se sont intéressés à la question. Ce trou-

ble semble n'apparaître qu'après l'emploi de doses très élevées qui ne sont jamais atteintes dans la pratique obstétricale.

Nous avons également à signaler le rôle que joue l'hypophyse dans la croissance ; celle-ci est arrêtée lorsque la sécrétion hypophysaire est ralentie ou diminuée, et nous avons alors tous les symptômes de l'infantilisme ; au contraire, dans le gigantisme et l'acromégalie, elle est hypertrophiée ; et son augmentation de volume s'expliquerait par une suractivité pathologique de la glande.

Il nous reste un dernier point à envisager, c'est de savoir quelle est la toxicité de l'extrait hypophysaire et quelles sont les doses que nous pouvons employer sans avoir à craindre d'accidents chez les malades soumis à ce traitement. Pour cela, nous allons passer rapidement en revue les diverses expériences qui ont été faites dans ce but.

En 1896, Mairet et Bosc font des expériences sur les animaux qui sont reprises par Conti et Curti en 1906, et Garnier et Thaon en 1907. Pour cela, ils se sont servis d'hypophyses de bœuf qu'ils ont administrés par toutes les voies.

En 1908, Hallion et Alquier font absorber, tous les jours, pendant un certain temps, des doses d'extrait correspondant à 0 gr. 40 d'extrait sec, et ne voient se produire aucun accident appréciable.

Foges et Hoffstætter ne constatent rien d'anormal après absorption, par la voie buccale, de 30 centicubes de pituitrine.

Delille affirme la parfaite innocuité de cette thérapeutique : « Ces travaux montrent d'une façon indiscutable combien est minime la toxicité de la substance hypophysaire fraîche ou à l'état d'extrait, même quand on l'injecte par la voie veineuse » ; et plus loin : « Il est évident que les doses considérables de substance hypophysaire sont dangereuses et peuvent amener la mort de l'animal ; mais les doses moyennes et faibles, celles que l'on utilise en physiologie et en thérapeutique, n'exposent pas à de graves complications. »

De même Parisot affirme que « tous ceux qui ont expérimenté l'extrait d'hypophyse, sont unanimes à reconnaître que ce médicament est inoffensif, qu'il soit administré en ingestion, en injections sous-cutanées, intramusculaires ou intra-veineuses. L'analyse des travaux obstétricaux publiés nous montre que les doses relativement fortes employées restent sans effet toxique. »

Les auteurs étrangers emploient couramment des doses beaucoup plus fortes que les auteurs français, Hofbauer est allé jusqu'à injecter 1 gr. 30 de pituitrine. Stern, pour provoquer un accouchement, n'hésita pas à employer 3 gr. 70 de pituitrine en six jours ; et aucun d'eux ne signale d'accidents.

Après l'exposé de ces expériences, nous pouvons admettre que l'extrait hypophysaire exerce une action contractile sur les fibres lisses musculaires et sur les organes creux, comme l'utérus et la vessie ; que cette excitation à la contractilité musculaire est accompagnée parallèlement par une action sur le cœur, et cette action se traduit par une tendance à l'hypertension, que cette action est surtout due au fonctionnement du lobe postérieur ; que l'hypophyse exerce une certaine influence sur les autres glandes à sécrétion interne et sur la nutrition ; enfin que, dans la pratique, l'extrait hypophysaire pourra être employé en obstétrique jusqu'à concurrence de 0 gr. 40 à 0 gr. 60, et ce sans inconvénients pour la mère ni pour le fœtus.

Dans les chapitres suivants, nous allons voir les résultats que les auteurs ont obtenus par l'emploi de cette préparation, uniquement au point de vue obstétrical, et nous y joindrons ceux qui ont été obtenus à la Maternité d'Alger.

CHAPITRE III

Les extraits hypophysaires dans l'avortement

Aarons a employé la pituitrine dans l'avortement. L'expulsion de l'œuf fut suivie d'une hémorragie très grave, ne cédant point aux injections vaginales à 48°. On fait alors un tamponnement très serré à la gaze suivi d'une injection d'extrait hypophysaire. Le lendemain, on enlève le tampon ; aussitôt l'hémorragie se reproduit ; mais elle est vite arrêtée par une injection d'extrait hypophysaire. Dans la suite, se produisit une distension considérable de l'abdomen, accompagnée de douleurs intenses. On fait alors une troisième injection qui soulage notablement la malade.

Vogelsberger a essayé de provoquer l'avortement par l'emploi de la pituitrine, après galvanisation de l'utérus. Cette méthode échoua deux fois sur quatre ; ce que l'auteur explique par le peu de sensibilité de l'utérus pour le courant galvanique.

Siguret, à la suite de nombreuses expériences, constate que la pituitrine ne produit que de faibles contractions, impuissantes à déterminer l'expulsion de l'œuf. Par contre, il constate que le résultat peut être favorable dans les cas où le col est déjà perméable, ou bien quand quelques contractions ont commencé à se manifester. Dans l'avortement en deux temps, les résultats sont très incertains pour provoquer l'expulsion du placenta.

De même Zuloaga est d'avis que les faibles contractions que détermine l'extrait hypophysaire pendant la grossesse, sont tout à fait inefficaces pour provoquer l'avortement ; les résultats sont également nuls si l'on s'adresse à cette préparation pour traiter l'avortement ou la rétention placentaire post abortive.

Schæfer, de Berlin, essaye de faire avorter deux femmes enceintes, l'une de trois mois, l'autre de cinq mois. La pituitrine fut inefficace. Pour une grossesse plus avancée avec fœtus mort, il injecta dans l'espace de 30 heures 7 centicubes de pituitrine, et malgré une dose aussi élevée ne put arriver à l'expulsion du fœtus qui ne se produisit qu'après avoir placé un ballon. L'auteur se servit pour cela du pituglandol.

Parisot et Spire, après avoir injecté de l'extrait Hallion et Carrion ont dû recourir au curage digital pour faire sortir l'œuf.

Hamm, voulant faire avorter une VI pare, enceinte de 3 mois, pour tuberculose pulmonaire, pratiqua, pendant trois jours, trois injections de pituitrine de 0 gr. 2 ; le résultat fut absolument nul.

Commandeur et Devin ont employé la pituitrine Parke et Davis pour provoquer l'avortement. Sur quatre cas, ils obtiennent deux résultats favorables, un résultat nul et un résultat très douteux ou nul.

Voici, empruntée à leur communication, une des observations où le résultat fut favorable.

« Avortement à 5 mois arrivé au début du travail ; col dilaté à 2 francs. Le lendemain, la dilatation s'accentue à 5 francs ; les douleurs sont très légères. Comme la malade perd beaucoup en rouge et que l'avortement est jugé inévitable, on injecte trois quarts de centicube de pituitrine. 15 minutes après, les douleurs s'accentuent, quoique courtes, durent toute la nuit ; la malade a compté 15 douleurs en trente minutes. Le lendemain, à six heures du matin, expulsion en un temps du fœtus et de son placenta. »

Stern a essayé de faire l'avortement par la pituitrine,

et cela sans aucun succès. « Il semble, dit-il, que l'action de cet extrait est sous la dépendance d'une certaine irritabilité de l'utérus, telle qu'elle existe à l'état latent dans l'état de grossesse. » Cependant, dans un cas de rétention placentaire remontant à 3 mois, il put provoquer l'expulsion du placenta au moyen d'injections répétées.

Schiffmann n'obtient aucun résultat dans quatre cas dont un pour métrorragie intense survenue pendant le sixième mois de la grossesse ; par contre, chez une femme qui fit une hémorragie utérine au troisième mois, les contractions faibles et espacées augmentèrent en énergie et en fréquence après injection de un centicube.

Fischer, malgré trois injections de 1 centicube, ne put provoquer l'avortement pour hémorragie chez une multipare enceinte de quatre mois ; par contre, dans un avortement gémellaire de six mois en cours, une seule injection suffit pour amener, vingt minutes après, l'expulsion d'un fœtus, trente-cinq minutes après celle du second.

Hauch et Mayer ne peuvent enregistrer que des insuccès dans huit cas d'avortement en cours dont un avec décollement prématuré du placenta.

Vayssières publie une observation dans laquelle une injection de pituitrine fait reparaître les douleurs vingt-deux heures après leur cessation. L'avortement s'effectua dans ce cas en quatre heures. Dans deux cas de rétention placentaire, il y eut deux résultats négatifs, dont l'un pour lequel la pituitrine ne provoqua aucune réaction, ni douleur, ni contraction.

Richter tente l'avortement dans cinq cas sans résultat. De même pour terminer l'avortement, il ne put obtenir de résultats appréciables.

Dans deux cas de grossesse au 3e et au 6e mois, Zinsser tenta vainement de provoquer l'accouchement.

Hell, dans vingt-deux cas, n'obtint que des douleurs trop faibles pour expulser l'œuf ; mais la pituitrine lui permit de constater l'accentuation des contractions utérines et la délivrance spontanée dans cinq cas.

Hamm rapporte six cas d'avortement en cours. Dans

un premier cas, après six injections, l'avortement se produit après la première injection ; dans un deuxième, cinq injections n'amènent l'expulsion de l'œuf qu'au bout de 26 heures ; dans un troisième, résultat après huit injections ; mais un ballon introduit ensuite eut son action facilitée et renforcée. Enfin, dans un quatrième cas, l'avortement ne se produisit que sous l'influence simultanée du ballon et de la pituitrine.

Studeny l'emploie également en même temps que le ballon, et obtient ainsi un résultat appréciable dans une grossesse au cinquième mois. Dans deux autres cas, le résultat fut presque nul.

Grunbaum eut un insuccès complet dans un avortement au cinquième mois.

Vogt, dans 7 cas d'avortement en cours, eut 3 succès probants.

Fellenberg use de l'extrait hypophysaire dans un cas de rétention placentaire ; il obtint des contractions, mais non l'expulsion du placenta, ce qu'il explique par les dimensions restreintes des annexes qui offrent un faible point d'appui à l'utérus qui se contracte.

Pour nous résumer, nous pouvons dire que l'action de l'extrait hypophysaire dans l'avortement, que ce soit pour le provoquer ou l'accélérer, est très douteuse. A côté de succès certains, nombreux sont les insuccès ; force nous est donc d'attendre de nouveaux résultats pour nous faire une opinion définitive, et, à la suite de nos expériences, c'est l'attitude qui a prévalu à la Maternité d'Alger. En effet, nous avons eu l'occasion de faire usage de l'Hypophyse dans deux cas d'avortement. Dans l'un, il s'agissait d'un avortement spontané de deux mois. La femme entre à l'hôpital avec le diagnostic de rétention placentaire. Au toucher, on constate que le placenta est engagé dans le col. L'expression utérine est inefficace. On fait alors un tamponnement vaginal très serré ; puis on fait ingérer à la malade deux cachets d'Hypophyse de 0,10. Cette deuxième méthode reste absolument sans effet ; il faut alors recourir à la pince à faux germes qui

permet l'extraction du placenta. Dans le second cas, il s'agissait d'un avortement de cinq mois ; comme après la délivrance l'utérus restait mou, on donna deux cachets d'hypophyse qui incitèrent l'organe à se contracter.

En somme, le premier cas est un insuccès complet ; quant au second, il nous a permis de constater l'efficacité de l'extrait hypophysaire pour combattre l'inertie utérine post abortive. Cependant nous ne tirerons aucune conclusion ; nous attendrons d'avoir un nombre d'observations plus élevé.

CHAPITRE IV

Les extraits hypophysaires dans l'accouchement prématuré provoqué

Pouliot et Vayssières ont fait des essais avec la pituitrine dans le service du Docteur Boissard, à la Maternité de Lariboisière. Ils ont utilisé la Pituitrine Parke et Davis par la voie hypodermique. Ils rapportent sept cas d'accouchement prématuré provoqués à l'aide de la pituitrine. Pour eux : « Le rôle essentiel de cette médication reste avant tout le renforcement des contractions utérines déficientes au cours du travail ralenti, au cours de la délivrance retardée ou compliquée d'hémorragie. » Quant à la provocation de l'accouchement prématuré, « nous tenons, disent-ils, à déclarer dès maintenant qu'il s'agit là d'une indication secondaire, et somme toute assez rare, de la médication hypophysaire en obstétrique ».

Sur les 7 observations publiées, deux concernent des femmes qui ont subi la médication après rupture spontanée des membranes ; le résultat fut satisfaisant. La troisième concerne une femme syphilitique avec fœtus de 6 mois ½ mort et macéré ; la pituitrine ne put agir seule ; elle réussit à provoquer des contractions qui furent insuffisantes à amener l'expulsion du fœtus ; celle-ci ne se produisit qu'après introduction d'un ballon de Boissard. Viennent ensuite trois cas d'accouchement prématuré provoqués pour légère viciation pelvienne ; deux résultats sont bons

et un négatif. Enfin, le septième concerne les résultats obtenus pour provoquer l'accouchement prématuré au moyen de l'emploi simultané du ballon et de la pituitrine ; il s'agissait d'une grossesse de cinq mois que les auteurs se décidèrent à interrompre à cause de la production d'hémorragies répétées.

Les auteurs terminent ainsi leur communication : « En résumé, nous n'avons eu jusqu'ici qu'à nous louer de nos essais de provocation de l'accouchement à l'aide d'injection d'extrait du lobe postérieur d'hypophyse. Nous avons donc cru intéressant d'insister sur les avantages de cette médication qui permettra souvent de provoquer le travail, sans aucune manœuvre intra-utérine, qui, dans les cas les moins favorables permettra encore d'accélérer le travail mécaniquement provoqué et, par conséquent, de réduire au minimum les aléas de cette intervention. »

Stern a fait des tentatives de provocation de l'accouchement au moyen d'une pituitrine dont nous ignorons la provenance. Il obtint de bons résultats ; mais il signale comme inconvénient de cette méthode une atonie et une hémorragie qui, s'étant produites une demi-heure après la délivrance, n'ont cédé qu'à une injection d'ergotine.

Il rapporte trois observations dont voici le résumé de l'une d'elles :

Il s'agit d'une VI pare de 31 ans. Le diagnostic de grossesse gemellaire étant posé, on décide de provoquer l'accouchement à la 32e semaine pour tuberculose pulmonaire et laryngée grave. Stern fait 2 injections de pituitrine de 0,60 à quatre heures d'intervalle. Chaque injection est suivie pendant une heure de douleurs assez fortes. Le troisième jour, le col est dilaté à plus de 2 francs. On fait à 9 heures et à 11 heures du matin deux nouvelles injections de pituitrine. Le travail devient régulier. A 6 h. 30, expulsion d'un enfant vivant ; à 6 h. 40, expulsion du deuxième fœtus.

Cette observation montre de toute évidence que la pituitrine seule a pu provoquer l'accouchement.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un accouchement provoqué à la 36e semaine pour néphrite grave chez une VII pare. En 4 jours, on fait 6 injections de 0,60 et une de 0,10. Le quatrième jour, accouchement par version d'un enfant vivant.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'un échec de la pituitrine seule ; on met ensuite un ballon qui ne donne aucun résultat. Mais une nouvelle injection de pituitrine alors que le ballon est en place amène la production de contractions énergiques. L'enfant est extrait par le siège.

Nous voyons dans ce dernier cas, l'action de la pituitrine ne produire aucun résultat ; la mise en place d'un ballon elle-même est inefficace ; mais l'association des deux moyens nous permet d'arriver au but que nous proposons. Et ce fait vient confirmer l'opinion d'un grand nombre d'auteurs, que si la pituitrine employée seule ne donne pas de résultat, elle peut devenir un excellent adjuvant de l'action des ocytociques mécaniques qui sont à notre disposition.

Bagger-Jœrgensen a fait des tentatives de provocation de l'accouchement ; mais les résultats qu'il a obtenus ont toujours été négatifs.

Fries, de la clinique gynécologique de Greifswald, eut deux succès ; mais dans deux autres cas, il ne réussit qu'à provoquer des douleurs tout à fait insuffisantes pour être suivies de l'expulsion du fœtus.

Schiffmann échoua complètement dans trois cas où il tenta la provocation de l'accouchement par la pituitrine, le col de l'utérus étant fermé. Dans deux autres cas, il pratiqua au préalable la dilatation artificielle du col et obtint ainsi un résultat bon avec des doses ne dépassant pas 0,70. Enfin, dans 7 cas d'accouchement prématuré en cours, il y eut quatre résultats favorables pour trois échecs. Et il en arrive à conclure à l'inefficacité presque absolue de la médication pour provoquer un accouchement prématuré ; mais conseille vivement son emploi dans l'accouchement prématuré déjà en cours où la pituitrine peut rendre de grands services.

Hager ne rapporte qu'un seul cas où deux doses de 0,60 de pituitrine provoquèrent rapidement l'accouchement qui se fit spontanément ; l'enfant était vivant et pesait 4.225 grammes.

Fischer rapporte cinq cas qui sont autant d'insuccès complets.

Schæfer a fait des essais ; pour lui les résultats sont excellents dans la grossesse à terme, douteux dans les grossesses de 6 à 7 mois et franchement nuls dans les grossesses peu avancées.

Pour Zuloaga, l'extrait hypophysaire ne détermine pas de contractions pendant la grossesse ; il n'est par conséquent d'aucune utilité pour provoquer l'accouchement.

Siguret tient pour douteuse l'action du médicament pour provoquer l'accouchement. Et pour lui, ce qui est d'ailleurs l'avis de la majorité des auteurs, les résultats seraient d'autant plus incertains que l'on s'éloigne du terme de la grossesse. Il cite le cas d'une femme de la clinique Tarnier, chez laquelle M. Brindeau voulut provoquer l'accouchement pour modifications des bruits du cœur fœtal. Deux injections de 1 centicube furent pratiquées à six heures d'intervalle ; il obtint ainsi quelques douleurs sans que le travail ait vraiment débuté et la femme n'accoucha que onze jours après.

Turenne, après emploi du vaporole infundibulaire de Burroughs-Welcome, n'est pas un grand partisan de cette méthode ; comme agent provocateur, il ne donne lieu qu'à des contractions irrégulières et fugaces, et, comme agent continuateur, semble avoir une action infidèle, réclamant souvent l'emploi du ballon.

Kræmer rapporte deux cas qui sont des insuccès. Dans un premier cas des contractions régulières apparaissent après deux injections de 0,60 et de 0,80 ; mais au bout de cinquante-neuf heures, on dut terminer par une craniotomie qui fut suivie d'une inertie utérine ; la pituitrine fut inefficace. Dans un second cas, une injection de 1 gr. 30 provoque pendant six heures des contractions assez

fortes ; le lendemain, une nouvelle injection a le même effet, mais les contractions furent insuffisantes pour aboutir à l'accouchement spontané.

Vayssières rapporte cinq observations de provocation de l'accouchement. Dans deux cas, il s'agissait d'accouchement prématuré avec enfant macéré ; les grossesses étaient respectivement de 7 mois et 7 mois et demi. La première fois il ne fit usage que de doses faibles ; le résultat fut négatif ; et l'auteur se demande si, confiant dans la méthode, il avait usé de doses plus élevées et avait persévéré dans la méthode, le résultat n'aurait pas été tout autre. Dans le deuxième cas, résultat nul malgré l'emploi de doses assez élevées (4cc).

Il donne ensuite deux cas d'accouchement prématuré à huit mois et demi avec enfant vivant, avec un insuccès complet et un succès. Son cinquième cas concerne une grossesse à terme, à propos de laquelle l'auteur s'exprime ainsi :

« Dans la grossesse à terme, l'effet fut vraiment surprenant. La dose employée ne fut que de ½ centicube et, pendant sept heures trente, on put croire qu'elle était demeurée sans effet. Certains penseront même qu'elle l'a été et qu'il n'y a là qu'une simple coïncidence. Telle ne peut être l'opinion de ceux qui ont assisté à l'accouchement. Ce fut, selon l'heureuse expression de Hofbauer, une véritable tempête de contractions, telles que nous n'en avons jamais vues dans un accouchement normal. C'était la première fois que nous faisions l'essai de la pituitrine et ce n'est pas sans inquiètude que nous suivions l'état de l'utérus, craignant de le voir se tétaniser. La période de dilatation fut de cinq heures ; la période d'expulsion de vingt-cinq minutes ; et cependant il s'agissait d'une prémipare. »

Hamm, sur onze cas, n'obtient qu'un seul succès chez une multipare de sept mois ; mais constate dans un cas que la pituitrine renforce les contractions provoquées par le métreurynter. Pour cet auteur, l'extrait hypophysaire n'est pas à employer dans la provocation des accouchements.

Nagy fait deux tentatives en combinant l'action de la pituitrine avec un ballon de Barnes; le résultat, très satisfaisant, incite l'auteur à conseiller vivement l'emploi de cette méthode.

Hirsch, de Strasbourg, l'a essayée treize fois, deux fois seule et onze fois combinée avec le ballon. Pour lui la pituitrine n'a aucune action sur un utérus inerte ; mais si son action porte sur un utérus qui a déjà été excité mécaniquement, on peut obtenir un travail régulier et un accouchement pouvant se terminer en quelques heures.

Devin, dans sa thèse, soumet trois observations prises dans le service du Professeur agrégé Commandeur à la Maternité de la Charité. Dans les deux premiers cas, il y eut emploi simultané de la pituitrine et de la bougie de Krause. Dans un premier cas, on fait deux injections de 1cc. de pituitrine Parke et Darvis à sept heures d'intervalle. Des contractions très marquées font suite à chaque injection. Mais la femme étant atteinte de retrécissement mitral, on suspend la médication pour terminer par un forceps. Dans le deuxième cas, deux injections sont pratiquées à dix-huit heures d'intervalle, l'accouchement se fait spontanément trois heures et demie après la deuxième. Enfin, la troisième observation est celle d'une femme enceinte de sept mois, syphilitique, ayant un fœtus mort depuis quelques jours. La malade reçut 3 centicubes 5 de pituitrine et deux cachets d'hypophysine de 0,60. Le résultat fut nul. La femme accoucha quatre jours après.

Vogelsberger a eu l'idée, pour provoquer l'accouchement, d'utiliser sa méthode qui consiste à combiner l'action de la pituitrine à celle du courant galvanique. Il a obtenu de bons résultats dans 16 cas. L'accouchement fut chaque fois assez rapide et l'auteur ne vit se produire aucun accident ni du côté de la mère, ni du côté de l'enfant.

Il résulte de ces observations que la pituitrine employée seule est infidèle pour provoquer l'accouchement. A l'appui de cette conclusion, nous pouvons rapporter ce qu'il nous a été donné d'observer dans le service de notre maî-

tre, le professeur J. Rouvier, à la Maternité d'Alger. Trois tentatives de provocation de l'accouchement par l'Hypophyse ont été faite. Dans le premier cas, il s'agissait d'un bassin infantile ; nous publions plus loin l'observation entière. Le second cas est également publié in-extenso à la fin de ce travail. Dans le troisième, il s'agissait d'un bassin aplati avec placenta prœvia. On introduit une sonde de Krause et on donne successivement à la malade trois cachets d'Hypophyse. Le travail avance lentement, la mère est bientôt épuisée et l'auscultation permet de se rendre compte que le fœtus souffre, aussi décide-t-on au plus vite d'intervenir. Après dilatation du col par la méthode de Bonnaire, on fait une application de forceps qui permet d'extraire un fœtus du poids de 3.250 grammes.

Nous avons donc obtenu deux succès très nets et un demi-insuccès, le lecteur pourra aisément se convaincre par la lecture de nos deux observations.

CHAPITRE V

Les extraits hypophysaires pendant le travail de la grossesse normale à terme

Siguret a employé divers produits : la Pituitrine de la maison Parke et Davis de Londres, le Pituglandol de Hofmann La Roche de Paris, et l'extrait hypophysaire de lobe postérieur de Choay ; mais il donne la préférence au produit de Choay : ce dernier est préparé à l'aide d'hypophyse de bœuf et se vend en ampoules, dont chacune correspond actuellement à 0 gr. 05 d'extrait ; quant à la Pituitrine Parke et Davis, elle se trouve dans le commerce sous forme d'ampoules de 0 cm. 5 dont 1 centimètre cube correspond à 0 gr. 20 d'extrait frais de glande hypophysaire de chèvre. Il a toujours employé la voie hypodermique.

Il rapporte 29 observations et voici la conclusion qu'il croit pouvoir en tirer :

Les contractions qui suivirent l'injection devinrent de plus en plus fortes et de plus en plus rapprochées au point d'être parfois subintrantes.

Lorsqu'il fut fait une seconde injection, elle provoqua des contractions suffisantes pour amener la terminaison spontanée dans 3 cas. Dans deux cas, on dut s'aider du forceps pour modification des bruits du cœur fœtal.

La dilatation a toujours semblé progresser rapidement après les injections. L'engagement et la rotation ont été

aidés ; c'est ainsi que dans 7 cas, l'engagement et la rotation s'effectuèrent presque aussitôt après l'injection alors qu'ils n'avaient aucune tendance à s'accomplir.

Plus la dilatation, au moment de l'injection, était près de la dilatation complète, plus l'amélioration du travail a paru sensible.

Enfin, l'action de l'extrait de corps hypophysaire a paru d'autant plus marquée qu'un certain nombre d'injections furent faites chez des femmes en travail depuis quinze à vingt heures et chez certaines en travail depuis 40 heures et même davantage.

Zuloaga tire de 19 observations les conclusions suivantes :

1° L'extrait hypophysaire ne provoque pas de contractions pendant la grossesse ;

2° Il est insuffisant pour provoquer le travail à terme, si les membranes ne sont pas rompues et l'œuf en partie vidé de liquide ; même dans ce cas son action seule ne suffit pas, si le travail ne se déclare pas dès l'effet de la première ou tout au moins de la deuxième injection ;

3° L'effet n'est réellement utile que si la présentation est engagée. Le résultat, bon, si la dilatation est avancée, est meilleur quand la dilatation est presque complète et excellent à la période d'expulsion ;

4° L'emploi de grandes quantités (2 ou 3 centicubes) produit seulement de la tétanisation utérine, tétanisation qui ne provoque d'ailleurs pas la mort du fœtus ;

5° Les grandes quantités ou les doses massives, si elles ne provoquent pas des contractions tétaniques, produisent des contractions énergiques qui font courir les mêmes risques qu'un accouchement rapide ;

6° Les quantités à administrer doivent être graduées selon les nécessités. Il est préférable d'employer des doses fractionnées et répétées qui agissent à la manière d'une sécrétion continue. Il faut avoir soin que la dose suivante soit injectée avant que l'effet de la dernière dose soit épuisé. Ce procédé donne de bons résultats ; il a pour but

d'éviter la tétanisation utérine ou des contractions subintrantes en ne donnant pas de trop grandes quantités à la fois et de renforcer la dose primitive qui est la dose utile;

7° En cas de légère disproportion entre les diamètres céphalique et pelvien, la pituitrine peut donner de bons résultats si elle est administrée avant l'affaiblissement des contractions utérines. Les contractions normales renforcées peuvent vaincre l'obstacle ; mais si l'injection est faite après l'affaiblissement des contractions, le renforcement n'est plus toujours suffisant pour terminer l'accouchement ;

8° Les effets de la pituitrine comme ocytocique sont meilleurs pour renforcer les contractions existantes que pour en produire de nouvelles. Il faut l'employer quand les contractions s'espacent, faiblissent et deviennent inefficaces et ne pas attendre que l'inertie soit survenue ;

9° Dans les cas de dystocie mécanique, l'extrait hypophysaire est formellement contre-indiqué, de même quand on craint une rupture utérine ;

10° Il ne faut pas oublier que les effets de la pituitrine durent en moyenne une heure ou deux et qu'ensuite il survient en général de l'inertie. Une fois l'énergie contractile passée, de nouvelles doses ne réveillent pas de nouvelles contractions.

Parache a expérimenté sur huit femmes en travail ; il a constaté une action constante et manifeste se produisant avec une rapidité surprenante. Chaque fois les contractions fortes sont apparues dans les dix minutes qui ont suivi l'injection.

Il a remarqué que les contractions à tout moment du travail augmentent en fréquence et en intensité, sans jamais arriver jusqu'à la tétanisation de l'utérus. L'effacement du col est facilité, la dilatation accélérée, la durée de la période d'expulsion diminuée.

Il donne comme indication importante l'inertie utérine survenant sur un organisme épuisé par un travail long et stérile. Sur les huit cas rapportés par lui, il n'a jamais dé-

passé la dose de deux centicubes et n'a jamais eu d'accidents sauf de la pollakiurie. Il a toujours employé la voie hypodermique qu'il préfère à la voie buccale parce que l'effet se produit plus rapidement.

Turenne s'est servi du Vaporole infundibulaire de Burroughs-Welcome. Il a essayé l'extrait hypophysaire comme provocateur de l'accouchement dans la grossesse à terme et comme agent continuateur du travail.

Comme agent provocateur, il n'a obtenu que peu de résultats favorables ; par contre les résultats sont bien meilleurs si l'on emploie l'extrait hypophysaire pour renforcer l'action des ocytociques mécaniques.

Mais lorsqu'il l'a employé comme agent continuateur du travail il n'a connu que des succès. Il est en cela d'accord avec tous les auteurs, et va même jusqu'à dire que les quelques insuccès qui ont été obtenus n'ont pas toujours été justiciables de l'extrait hypophysaire. Il constate l'énergie et la rapidité de son action et publie à l'appui de son opinion 7 observations qui démontrent clairement que le succès est bien dû à l'extrait hypophysaire.

Mais le succès dépend de certaines conditions qui doivent être remplies si l'on veut être assurés du succès :

En premier lieu, employer d'emblée une dose suffisante, en moyenne une quantité d'extrait correspondant à 0 gr. 20 ou 0 gr. 30 de glande hypophysaire, et ne pas craindre de répéter la dose au bout de 2 ou 3 heures si son action faiblit.

En second lieu, ne pas l'employer avant que la contraction utérine douloureuse ou non ait amorcé l'effacement et la dilatation du col.

Ensuite, employer toujours des produits de fabrication fraîche.

Enfin et surtout faire bien attention à ce que nul obstacle ne s'oppose à la progression du mobile, que cet obstacle tienne au bassin ou aux parties molles.

Stern a pu constater l'amélioration des contractions, la plus grande rapidité de l'accouchement, la délivrance rapide, s'accompagnant d'une perte de sang tout à fait diminuée.

Chez une VII pare en éminence d'éclampsie, il provoqua le travail en 4 jours par 6 injections de 0,6 et une de 0,1.

Chez une autre femme, malgré une injection de 3 centicubes, il n'obtint pas grand résultat. Le quatrième jour, il place un ballon de Champetier qui à son tour reste sans effet. Six heures après, il fait une nouvelle injection de pituitrine qui donne un excellent résultat.

Hauch et Mayer donnent une série de 65 observations dont un grand nombre ont trait à l'action de la pituitrine au cours du travail. Une primipare en travail entre dans leur service. 10 heures plus tard, la dilatation n'est encore que de 4 centimètres. On fait alors une injection sous-cutanée de 0,5 de pituitrine ; immédiatement les contractions deviennent plus fortes, se succédant presque sans intervalle. Dix minutes après, rupture de la poche des eaux et vingt-cinq minutes après l'injection, expulsion spontanée d'un enfant vivant et bien portant. Ils rapportent aussi six observations aussi probantes que celle que nous venons de donner. Les résultats obtenus sont excellents.

Pour ces auteurs, une des premières indications de l'emploi de la pituitrine est l'insuffisance des contractions, surtout lorsqu'il s'agit d'une insuffisance secondaire, l'inertie primitive paraissant se laisser influencer plus difficilement par la pituitrine. On peut l'employer à la période de dilatation et à la période d'expulsion ; et à cette dernière période, Hauch et Mayer sont d'avis que souvent la pituitrine pourra empêcher une application de forceps. On peut l'employer en cas de souffrance du fœtus ; étant donné l'action de l'extrait hypophysaire pour renforcer les contractions, il permettra de préparer le forceps que le praticien s'est décidé à employer ; dans ces cas l'accouchement pourra se faire spontanément.

Hauch et Mayer ont utilisé dans tous leurs cas la Pituitrine de Parke et Davis, en ampoules de 0,5cmc. Ils ont toujours fait des injections hypodermiques et ils recommandent expressément de ne pas utiliser l'alcool pour le nettoyage de la seringue et de la peau, car, pour eux, l'al-

cool aurait une influence néfaste sur la pituitrine et l'empêcherait de produire son effet.

Ils conseillent de ne pas hésiter à répéter l'injection au bout de trois quarts d'heure ou une heure, car l'effet est souvent de courte durée ; ils sont d'avis qu'on peut répéter la dose plusieurs fois, car le médicament ne s'accumule pas dans l'organisme.

Fabre et Rhenter ont utilisé l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse et rapportent 10 observations. Sur ces 10 cas, 9 se rapportent à l'action de la pituitrine au cours du travail ; dans le dixième cas, l'application d'une bougie de Krause avait fait apparaître les contractions, et voici les résultats qu'ils ont obtenus.

Dans trois cas, ils furent obligés de terminer l'accouchement par le forceps : chez une femme, parce que la rotation de la tête en droite postérieure ne pouvait s'effectuer que très difficilement ; chez une autre, parce que les signes de souffrance du fœtus étaient assez accentués pour commander une extraction rapide ; chez une troisième enfin, la pituitrine avait fait passer en deux heures le col de 6 centimètres à dilatation complète ; mais l'expulsion ayant été abandonnée à elle-même, on dut faire une application en occipito-pubienne.

La durée du travail fut notablement abrégée. Dans deux cas, l'accouchement survint moins d'une heure après l'injection.

Dans trois cas, la dilatation mit moins de trois heures pour passer de quatre à six centimètres à dilatation complète.

Les contractions ont apparu un quart d'heure au maximum après l'injection ; elles continuent à se produire très régulièrement, comme les contractions normales, pendant une heure environ, elles sont très nettes et ont une durée normale ; elles vont en progressant dans leur nombre et leur durée, puis décroissent à peu près régulièrement.

Nous reproduisons plus loin, parmi les observations publiées par ces auteurs, une de celles qui nous a paru nettement favorable à la pituitrine.

Il s'agit d'une primipare de 19 ans, ayant un bassin aplati et symétrique chez laquelle l'inertie utérine fut combattue avec succès par trois injections de pituitrine, pour aboutir à un accouchement et une délivrance spontanés.

Commandeur et Devin ont traité un certain nombre de cas d'inertie utérine pendant l'accouchement à terme. Ils citent une série de six observations et ne paraissent pas très enthousiastes de cette méthode ; il est vrai qu'ils ont toujours employé des doses faibles, ce qui peut expliquer les cas dans lesquels ils n'ont obtenu aucun résultat. Ils n'ont pas voulu user de doses élevées à cause des accidents signalés par quelques auteurs.

Esbensen a repris les recherches de Hauch et Mayer. Sur 129 cas, il eut 40 échecs, parmi lesquels il fait entrer deux cas dans lesquels il fallut terminer l'accouchement au plus vite, car le fœtus donnait des signes de souffrance. Il a employé la Pituitrine Parke et Davis et le Pituglandol Hofmann-La Roche ; et c'est à l'emploi de cette dernière préparation qu'il attribue le pourcentage si élevé de ses échecs : « Tous les cas, dit-il, où l'injection n'a pas produit d'effet pour combattre l'inertie secondaire vers la fin de l'accouchement et où il n'y a pas eu de causes pour expliquer le manque d'effet, avaient été traités par le Pituglandol. »

Les échecs qu'il a observés se répartissent ainsi : « Il y a sept cas, écrit-il, où pour inertie utérine secondaire on s'est servi du pituglandol vers la fin de l'accouchement et où on ne peut découvrir aucune cause de l'échec, tandis que la pituitrine n'a pas donné de pareilles déceptions. Il y a eu encore cinq cas où, pour des causes différentes, on a pratiqué des injections alors que les contractions étaient cependant déjà bonnes : ces injections n'ont pas amélioré les contractions. C'est une constatation que j'ai faite : les contractions vraiment bonnes et fortes ne s'améliorent pas par l'injection ; elles ne sont pas sensibles à l'extrait hypophysaire ; et c'est très simple à expliquer : quand l'organisme fait son possible, il ne peut pas être

stimulé au-delà d'un certain degré ; mais il faut ajouter que les contractions ne deviennent jamais non plus tétaniques. »

Dans les 26 autres cas, on dut terminer l'accouchement par une intervention : forceps, version et extraction, ou basio-tripsie.

Et il termine son travail par les conclusions suivantes :

« L'extrait hypophysaire produit ou augmente le travail de l'accouchement chez la femme pendant l'accouchement dans la plupart des cas.

« Les contractions surviennent rythmiquement avec des intervalles toujours réguliers comme pour les contractions physiologiques.

« Il ne faut pas nier le caractère physiologique des contractions produites par l'extrait hypophysaire, parce que la pression s'élève dans l'intervalle ; il en est de même aussi des contractions physiologiques quand celles-ci deviennent plus fortes.

« En cas d'accouchement à terme, l'extrait hypophysaire a le même effet quand l'accouchement est en marche qu'en cas d'accouchement ordinaire. Les contractions de l'orifice n'ont pas été non plus observées ici.

« En cas d'accouchement à terme, l'extrait hypophysaire a le meilleur effet vers la fin de l'accouchement ; l'effet est moins sûr au commencement.

« Les bonnes contractions ne deviennent pas meilleures par l'injection de l'extrait hypophysaire, mais elles ne deviennent pas tétaniques non plus.

« L'extrait hypophysaire peut avoir un effet régulateur sur les contractions douloureuses tétaniques qui sont sans résultat ; il produit alors des contractions régulières avec des intervalles réguliers. »

Hofbauer expérimente la pituitrine chez 12 femmes et utilise la voie hypodermique. Il constate dans les quelques minutes qui suivent l'injection une augmentation dans l'énergie et dans la fréquence des contractions ; il constate en outre que, à l'inverse de ce qu'affirment certains auteurs, la seconde injection produit un effet tout

à fait comparable à celui de la première et par suite qu'on peut répéter l'injection dans un temps assez court. Ces réflexions lui sont suggérées par ses premières expériences Plus tard, il renouvelle ses expériences, et peut recueillir soixante-six observations, presque toutes terminées par un beau succès. Pour cet auteur, l'action de l'extrait hypophysaire est d'autant plus marqué que la dilatation est plus avancée.

Gottfried, sur cinq cas d'inertie utérine traités par la pituitrine, observe trois fois un renforcement très marqué de la contraction ; dans les deux autres cas, le résultat fut absolument nul. Il rapporte en outre, l'observation d'une femme, à bassin rachitique rétréci qui se trouvait au 10e mois de la grossesse. Tous les moyens employés pour faire naître les contractions ayant échoué, l'auteur fait une injection de pituitrine. Quinze minutes après, les contractions deviennent fortes et régulières. La tête mobile jusque-là s'engagea ; mais on dut terminer par une craniotomie sur un enfant pesant 3.540 grammes sans cerveau.

Flateau rapporte deux cas où les contractions, après rupture des membranes, avaient cessé depuis une dizaine de jours. Sous l'influence de la pituitrine, le travail reprit sa marche normale, permettant dans un cas de faire une application de forceps, aboutissant dans l'autre à l'expulsion spontanée du fœtus.

Bondy expérimente sur 10 femmes et obtient comme résultat 8 succès, un demi-succès et un échec.

Hamm communique les résultats d'une série de quarante observations. Il y eut un insuccès chez une femme de 23 ans qui était à sa troisième grossesse. Dans quatre cas le résultat fut moyen. Pour tous les autres, l'auteur constata une rapidité vraiment étonnante de l'accouchement qui se produisit de dix minutes à deux heures après l'injection de pituitrine.

Bagger-Jœrgensen essaya de renforcer les contractions utérines par les injections de pituitrine ; il fait connaître une série de sept cas ; et obtint un renforcement inouï des contractions. Il se déclare très partisan de cette méthode.

Hirsch fait connaître les résultats de son expérimentation personnelle ; il a employé la pituitrine dans 32 cas, treize fois au cours d'accouchements prématurés et dix-neuf fois au cours d'accouchements à terme. Il conclut que l'action est d'autant plus forte que le travail est plus avancé, donnant un maximum de bons résultats à la période d'expulsion.

Ross a utilisé le vaporole infundibulaire et arrive à renforcer notablement les contractions utérines et même dans un cas à éviter une application de forceps. Et il se trouve si fermement partisan de la médication hypophysaire qu'il écrit : « D'après mes observations, je ne puis plus éliminer l'extrait d'hypophyse de la pratique obstétricale, et j'écris ces lignes pour inviter mes collègues à contrôler son efficacité, sûr qu'il leur rendra les mêmes services qu'à moi, qu'il leur épargnera en particulier plusieurs heures d'attente et que de plus il leur permettra d'éviter un certain nombre de forceps de luxe. »

Studeny, après ses expériences, qui d'ailleurs lui ont donné de bons résultats, déclare ne pas être partisan des fortes doses. Pour lui, il ne faut jamais dépasser la dose de deux centicubes ; le plus souvent un seul suffit ; en tous cas, si on n'observe aucune modification après la deuxième injection, mieux vaut abandonner cette médication pour s'adresser aux moyens mécaniques. Il rapporte quarante-huit observations parmi lesquelles il obtint quarante fois un succès remarquable et échoua complètement dans les huit autres cas. Il conclut de ses nombreuses expériences que l'extrait hypophysaire est un moyen excellent d'activer la marche du travail et que son action se produit d'autant plus sûrement que l'utérus a été en quelque sorte sensibilisé par des contractions, et surtout que le travail est commencé depuis plus longtemps, avec maximum d'effet à la période d'expulsion.

Genter approuve l'application de cette méthode à la pratique obstétricale. Il constate une amélioration des contractions, amélioration qui dure de une à deux heures au maximum. Il est enchanté de ses essais.

Marek également est devenu, à la suite de ses essais, un partisan de la médication hypophysaire qui est le seul moyen vraiment efficace pour permettre au praticien de lutter contre l'inertie utérine secondaire.

Grunbaum rapporte soixante-deux cas dans lesquels il a utilisé diverses préparations hypophysaires : pituitrine pituglandol ou vaporole. Dans 53 cas, il eut un excellent résultat ; six fois, il dut recourir au forceps, notamment dans un cas pour rigidité des parties molles ; trois fois il échoua complètement ; par contre, il fait ressortir dix cas dans lesquels l'emploi de l'extrait hypophysaire lui permit d'éviter de faire une application de forceps. Ses conclusions sont semblables à celles des autres auteurs, à savoir que les préparations hypophysaires, renforçant la contraction utérine, ont une action d'autant plus marquée que le travail est plus avancé. Et il fait ressortir le fait que la pituitrine pourra remplacer le forceps ce qui est un avantage dans la clientèle privée.

Schneider-Sievers n'est pas très satisfait des résultats que lui ont donnés la pituitrine ; malgré les accidents qu'il a observés, il s'adressera encore à la pituitrine, mais seulement à la période d'expulsion, non sans s'être assuré au préalable de l'état des bruits du cœur fœtal et de l'état des reins et du cœur de la mère.

Bonnet-Laborderie et Fourdinier rapportent une observation concernant une primipare de 20 ans, où malgré quatre injections de pituitrine, on ne put que faire progresser lentement la dilatation ; celle-ci dut être complétée par le dilatateur de Tarnier et l'accouchement fut terminé par un forceps.

Parisot et Spire ont employé l'extrait de glande totale. Ils rapportent quatre cas; deux concernant la période de dilatation, les deux autres se rapportant à la période d'expulsion. Dans trois cas, le résultat fut assez favorable, mais est loin d'être comparable aux bons effets obtenus par les autres auteurs. Le quatrième est un insuccès complet. Nous croyons que ces résultats que l'on peut qualifier de mauvais, sont dus à ce que les auteurs ont employé

l'extrait total, tandis que tous les cas rapportés jusqu'ici ont été traités par l'extrait de lobe postérieur. Ce dernier est donc plus efficace et doit toujours constituer la base des préparations dont on veut faire usage.

Weymeersch rapporte cinq cas d'emploi de la pituitrine au cours du travail qui sont chaque fois des succès ; notamment dans un cas où une III pare accoucha spontanément, une heure et demie après l'injection, d'un enfant vivant pesant 4.220 grammes. Sa conclusion est la suivante : « L'extrait hypophysaire nous a paru doué de propriétés ocytociques, d'autant plus précieuses qu'elles semblent favoriser le travail physiologique sans avoir la violence d'autres médicaments excitateurs des contractions utérines. »

Fellenberg fait connaître les résultats obtenus par l'emploi de la pituitrine. Sur cinq observations, il obtient quatre succès éclatants dont trois d'entre eux se seraient certainement terminés par un forceps. Il devient ainsi un adepte de la médication hypophysaire qui a, en outre, l'avantage de tonifier la malade épuisée.

Spaeth a essayé le vaporole dans sept cas et obtint un accouchement rapide dans six d'entre eux ; dans le septième, l'auteur dut terminer par un forceps.

Voll rapporte trois observations terminées par trois beaux succès ; dans deux cas, l'injection fut pratiquée à la période d'expulsion et fut suivie d'un accouchement rapide, le troisième cas est celui d'une injection qui complète la dilatation en une heure, une seconde injection aboutit à l'expulsion du fœtus en 15 minutes.

C'est à la pituitrine que Vogt, à la Maternité de Dresde, attribue d'avoir pu faire 600 accouchements sans une seule application de forceps.

Jæger rapporte 35 cas traités par le vaporole Burroughs-Welcome ; il n'a jamais eu d'insuccès. Il constate que l'efficacité du produit est d'autant plus grande que le travail est plus avancé au moment où on pratique l'injection.

Fischer fait la même constatation au point de vue du

moment le plus favorable où l'injection est pratiquée. Il base son opinion sur une cinquantaine d'observations. Sur 30 cas, il ne signale qu'un insuccès. La quantité injectée fut en moyenne de un ou deux centicubes, mais ne dépassa jamais cinq centicubes.

Schæfer a essayé le pituglandol sur 20 femmes où le plus souvent il s'agissait de contractions secondairement affaiblies. Dans six cas, une seule injection suffit pour terminer l'accouchement. Il conclut que la médication hypophysaire peut rendre des services à la période de dilatation, mais que son succès est surtout brillant à la période d'expulsion.

Schmidt prétend retirer de grands avantages de l'association de la pituitrine et du pantopon ; cependant, il employa sept fois la pituitrine seule.

Rœmer a fait ses expériences avec le Pituglandol dans dix-sept cas, il eut quelques insuccès, ce qui ne l'empêche pas d'être partisan de la médication hypophysaire dans les accouchements.

Schirmer rapporte deux observations où l'emploi de la pituitrine donna un résultat excellent, notamment dans un cas où chez une femme épuisée, avec un col à peine dilaté, un centicube de pituitrine amena l'expulsion de l'enfant en 3 heures.

Ruder, après essai avec le Pituglandol, conclut que l'activité est d'autant plus grande que le travail est commencé depuis plus longtemps.

Anderes rapporte cinquante cas où la préparation hypophysaire fut employée soit pendant l'expulsion, soit pendant la dilatation. Il n'observe aucun insuccès, seulement des cas où, l'accouchement ne s'étant pas terminé alors que l'effet de la première injection allait en diminuant, on dut avoir recours à une deuxième injection. Il préfère la pituitrine à la quinine, parce qu'à une action plus sûre elle joint l'avantage de n'avoir aucun effet sur la température.

Morichau-Beauchant fait connaître deux observations dans lesquelles l'action de la pituitrine a été favorable.

Tous les auteurs ou à peu près sont donc d'accord pour reconnaître que dans l'inertie utérine au cours du travail, les extraits hypophysaires ont une action vraiment remarquable, et que c'est la véritable indication de l'opothérapie hypophysaire. Notre expérience basée sur 44 observations nous permet de nous joindre aux autres auteurs pour reconnaître que c'est au cours du travail que nous avons obtenu le maximum de succès. Pour faire connaître nos résultats, nous avons divisé nos observations en paragraphes correspondant à une des périodes du travail. Nous y joindrons également les résultats obtenus dans la grossesse gémellaire et dans la présentation du siège.

A. *Pendant la période de dilatation.* — 20 femmes ayant manifesté des signes d'inertie utérine, dès le début du travail, ont absorbé de l'Hypophyse. Sur ce nombre, 13 étaient des primipares, une secondipare, deux étaient des tertipares, deux des IV pares, deux étaient des V pares.

Sur les 13 primipares, 5 seulement ont reçu une application de forceps ; quatre fois l'intervention fut décidée pour souffrance du fœtus qui est extrait dans deux cas avec un circulaire ; le cinquième cas a trait à une femme dont le bassin est rétréci et aplati avec un promonto-pubien minimum de 9 $^{c}/_{m}$. Chez les 7 autres primipares, l'Hypophyse a donné d'excellents résultats, augmentant l'énergie des contractions, augmentant leur durée et diminuant l'intervalle qui les séparait.

Chez la secondipare, le travail est nettement accéléré à partir du moment où l'Hypophyse produit son action. Le résultat est ici d'autant plus intéressant qu'il s'agissait d'une femme âgée de 42 ans. Malheureusement, une hémorragie se produisit après la délivrance ; la malade perdit environ 450 grammes de sang ; mais cette perte fut facilement arrêtée par l'ergotine.

Chez nos deux III pares, nous enregistrons un succès complet ; nous en signalerons une tout spécialement ; c'est celle de l'observation 1521-1 dont l'enfant portait 3 circulaires l'un autour du cou, l'autre en écharpe, le

troisième autour du pied droit. L'enfant naît en asphyxie bleue mais a pu être ranimé. Nous donnons plus loin l'observation in-extenso.

Chez les deux IV pares, nous obtenons un demi-succès ; le travail est très notablement accéléré ; malheureusement les signes de souffrance du fœtus commandent de terminer l'accouchement très rapidement. Des deux enfants, l'un est extrait avec trois circulaires cervicaux et un nœud du cordon et le second avec un circulaire cervical assez serré.

Enfin chez nos deux V pares, l'une nous permet d'enregistrer un succès ; chez la seconde, l'Hypophyse accéléra le travail d'une manière sensible, mais pas assez pour terminer l'accouchement ; aussi dut-on recourir aux ballons de Champetier de Ribes qui donnèrent le meilleur résultat.

Pour nous résumer, l'Hypophyse à la période de dilatation, nous a donné douze succès très nets, deux demi-succès et six échecs complets, dus à des circulaires qui font souffrir l'enfant ou à des bassins trop petits.

B. *Pendant la période d'expulsion.* — Nous avons employé quatorze fois l'Hypophyse à la période d'expulsion. Douze des femmes étaient des primipares et les deux autres des secondipares. Chez les primipares, on ne fit que deux applications de forceps ; chez l'une, la tête était à la vulve ; mais la femme épuisée ne pouvait aider à la terminaison de l'accouchement ; on dut le terminer artificiellement ; chez la seconde, on fit également une application de forceps à la vulve pour modifications très prononcées des bruits du cœur fœtal ; nous nous empressons d'ajouter, d'ailleurs, que l'Hypophyse avait très notablement abrégé la durée du travail, et ces deux cas peuvent être considérés comme des demi-succès. Chez les autres, le succès fut très franc ; et cependant la pelvimétrie permit de déceler chez deux d'entre elles un bassin limite et chez deux autres, un bassin généralement rétréci, dont l'une avec placenta prœvia latéral. Enfin, une cinquième avait un placenta prœvia.

Pour nous résumer, l'Hypophyse à la période d'expulsion nous a donné douze succès très nets et deux demi-succès.

C. *Dans la grossesse gémellaire.* — Nous avons essayé l'Hypophyse dans la grossesse gémellaire. Dans un cas, il s'agissait d'une VIII pare de 34 ans, qui a déjà eu une grossesse gémellaire; on lui fit absorber 3 cachets d'Hypophyse pendant la période d'expulsion du deuxième fœtus, et le succès couronna la tentative. Dans l'autre, il s'agissait d'une V pare de 40 ans, avec une grossesse gémellaire univitelline. Ici, l'Hypophyse fut inefficace ; on dut faire un forceps sur le premier fœtus et une version sur le second.

D. *Dans la présentation du siège.* — Dans un cas, il s'agit d'une primipare de 22 ans dont le fœtus est en siège décomplété mode des pieds. L'Hypophyse hâte le travail, mais on dut intervenir pour souffrance des fœtus. Une seconde primipare présente également un siège décomplété mode des pieds. L'Hypophyse donne ici un plein succès. Enfin, dans un troisième cas, qui est un siège décomplété mode des fesses, le résultat est très satisfaisant, seule, l'extraction de la tête dernière présente quelque difficulté. (Le lecteur retrouvera plus loin, sous le n° 7, l'une de ces observations.)

CHAPITRE VI

Les extraits hypophysaires dans la délivrance

L'emploi de l'extrait hypophysaire, au moment de la délivrance, a soulevé pas mal de controverses parmi les auteurs qui ont utilisé ce produit. Si pour les uns on obtient une délivrance rapide avec hémorragie minime, pour d'autres, au contraire, l'extrait d'hypophyse n'a aucune action à cette période ou bien exerce une influence néfaste sur le mécanisme du dernier acte de l'accouchement.

Siguret admet que l'action énergique exercée sur la contraction utérine a une influence sur la délivrance. Dans les 29 observations qu'il communique, on peut se rendre compte que toujours la délivrance s'effectua rapidement. Dans deux cas, elle suivit immédiatement l'accouchement ; dans 16 cas, elle se produisit de 20 à 40 minutes après ; dans un cas seulement, elle ne put s'effectuer qu'au bout d'une heure vingt.

Il n'y a jamais eu de rétraction utérine sur le placenta ; dans sept cas, Siguret observa seulement des contractions subintrantes.

Dans un cas, l'administration d'extrait hypophysaire eut pour résultat une rupture utérine ; mais il faut dire qu'il s'agissait d'une IV pare qui avait subi trois césariennes antérieures pour lésions osseuses rachitiques.

Fournier rapporte deux observations :

Dans un premier cas, il s'agit d'une III pare qui, lors de ses deux grossesses antérieures, eut la première fois de l'inertie utérine et une hémorragie de la délivrance, la seconde fois, un avortement de quatre mois pour rétroversion. Arrivée au terme de sa troisième grossesse, il se produit une rupture prématurée des membranes. La tête se trouve en O. I. D. A. L'engagement a lieu. Les premières douleurs apparaissent à 18 h. ½, et à 21 h. ½ la dilatation est complète. Brusquement les douleurs cessent, sans avoir, à partir de ce moment, aucune tendance à reprendre. A minuit 50, on fait un forceps en O.P. L'inertie persiste après l'extraction de l'enfant. Au bout de deux heures et demie, on fait une injection de 1 centicube de Pituitrine Parke et Davis, vingt minutes après les douleurs apparaissent pour aboutir à 4 h. 45 à une délivrance spontanée. Il n'y eut pas d'hémorragie de la délivrance.

Dans un second cas, Fournier a fait usage de l'Hypophysine Creil chez une IV pare. Cette femme souffre beaucoup, et à chaque contraction se produit un écoulement de sang. Le toucher révèle l'existence de noyaux fibromateux dans la matrice.

Les douleurs sont assez fortes mais irrégulières. A 7 heures, la dilatation étant peu avancée, on injecte un centicube d'hypophysine. Quelques instants après, les contractions deviennent plus fortes, plus longues et plus régulières. A 8 h. ½ on procède à l'extraction du fœtus ; une hémorragie se produit ; à onze heures, nouvelle hémorragie ; le placenta demeure et la perte sanguine augmente. On a recours alors à une nouvelle injection ; et vingt-cinq minutes après la délivrance a lieu.

Nous avons tenu à résumer ces deux observations, car elles montrent très nettement que l'extrait hypophysaire a une action sur la délivrance, et que cette action loin d'être nulle ou même néfaste, aux dires de certains auteurs, peut au contraire donner un excellent résultat et accélérer le processus terminal.

Fabre et Rhenter, qui ont expérimenté l'extrait hypophysaire dans 10 cas, arrivent aux résultats suivants :

dans 7 cas, la délivrance se fit spontanément en moins d'une heure dans un cas, en moins de deux dans quatre, en moins de cinq dans un, enfin dans le septième au bout de 9 heures seulement. Dans trois cas, on dut pratiquer la délivrance artificielle, deux fois à cause d'accidents que les auteurs font dépendre de la pituitrine, et une fois à cause d'une hémorragie. La totalité de la perte sanguine dépassa 500 grammes chez deux malades, oscilla entre 500 et 100 chez trois d'entre elles ; dans cinq cas, elle fut inférieure à 100 grammes.

Commandeur et Devin, sur 8 cas, constatent que la délivrance s'est toujours produite de 15 à 30 minutes après l'accouchement avec une perte de sang normale.

Zuloaga, dans les conclusions qu'il tire des 19 observations qu'il a publiées, s'est occupé de savoir quels étaient les effets du médicament sur la délivrance et voici l'opinion qui se dégage de sa communication.

Quand la délivrance s'effectue pendant le temps d'action de la pituitrine, elle se fait spontanément, peu de temps après la sortie du fœtus, et s'accompagne d'une perte sanguine minime. Si au contraire elle a lieu pendant la période d'atonie qui suit l'emploi du médicament, elle est lente à se faire et s'accompagne d'hémorragies plus ou moins abondantes.

Pour éviter cette atonie pendant la délivrance, il faut faire usage de l'ergot de seigle ou de l'un de ses dérivés.

En cas de délivrance retardée par défaut de décollement du placenta, une injection de 0,10 d'extrait hypophysaire peut l'accélérer efficacement. Son effet sera également à rechercher dans les hémorragies par décollement partiel du placenta. Par contre, dans les hémorragies qui suivent la délivrance, il est préférable d'avoir recours à l'ergotine.

Bagger-Jœrgensen injecte au cours d'un accouchement spontané 1 centicube de pituitrine et, trois heures après, il eut une hémorragie de plus de 1.000 grammes.

Jæger pense que l'influence de la pituitrine sur le mécanisme de la délivrance dépend du moment où l'injection

a été pratiquée ; il faut craindre l'inertie si l'injection remonte à plus d'une heure. C'est en effet au bout de ce laps de temps que le médicament, de l'avis de presque tous les auteurs, commence à ne plus faire sentir son action. L'utérus, fatigué par les contractions que l'on a provoquées, est fatigué, et la cause cessant d'agir il se relâche ; et cette opinion concorde bien avec celle de Zuloaga. Aussi, il semble que l'on pourrait obvier à cet inconvénient en faisant une injection avant la délivrance. C'est ce que Jæger a fait dans deux cas ; il obtint une délivrance rapide et sans incident, grâce à une injection préventive effectuée respectivement douze minutes et trente-cinq minutes avant la sortie de l'enfant. Or il est intéressant de noter que, dans ce cas, il s'agissait de femmes chez lesquelles lors de grossesses antérieures on fut obligé de pratiquer la délivrance artificielle.

Parfois, la délivrance tarde à s'effectuer par retard dans le décollement du placenta. C'est ainsi que Fabre dut recourir à la délivrance artificielle sept fois sur dix, et une fois pour hémorragie utérine.

A la clinique Tarnier, huit fois sur vingt-deux, la perte de sang fut de plus de 500 grammes, et dans deux cas dépassa même deux litres.

Dans un cas rapporté par Gœbel, la délivrance spontanée eut lieu quarante minutes après l'expulsion du fœtus ; or ici il s'agit d'une IV pare de 33 ans dont les trois accouchements antérieurs ont été dystociques.

Dans deux observations publiées par Schiffmann, la délivrance spontanée eut lieu dans un cas trois quarts d'heure après l'accouchement, et elle ne fut accompagnée que d'une très faible hémorragie.

Stern constata que les contractions utérines, provoquées par la pituitrine, continuaient à se manifester pendant la période de délivrance ; et, dans la plupart des cas, il eut une expulsion spontanée et rapide du placenta, accompagnée d'une perte sanguine minime.

Studeny est d'avis que l'extrait hypophysaire a une action tonique qui prévient l'inertie utérine et par suite facilite la délivrance.

Pour Grunbaum, au contraire, l'extrait pituitaire n'a aucune valeur dans cette période de l'accouchement ; il va même jusqu'à dire qu'il prédispose aux hémorragies post-partum.

Voll qui, au cours de trois expériences, obtint un résultat brillant, par l'emploi de la pituitrine au cours du travail, constata dans ces trois cas une délivrance spontanée et rapide avec perte sanguine tout à fait insignifiante.

Fellenberg employa la pituitrine dans cinq cas ; il eut chaque fois une délivrance rapide mais suivie d'une hémorragie qui ne céda qu'à la sékakornine.

Aarons voit dans l'extrait hypophysaire un précieux adjuvant pour combattre les hémorragies de la délivrance. Il cite un cas dans lequel une hémorragie, qui suivit un avortement thérapeutique, est traitée par le tamponnement et la pituitrine. Le lendemain on enlève le tampon, et l'hémorragie se reproduit mais est vite arrêtée par une nouvelle injection.

Bell, dans trois cas d'inertie post-partum, emploie la pituitrine avec le plus grand succès.

Foges et Hofstætter appliquent la méthode aux hémorragies post-partum ; dans les cas graves ils font usage simultanément de pituitrine et d'injections vaginales chaudes. Ils obtiennent ainsi une contraction de l'utérus et un arrêt de l'hémorragie. Ils avaient préféré la pituitrine à l'adrénaline.

Klotz est très partisan de la pituitrine pour combattre les hémorragies de la délivrance ; et il cite deux cas où, après échec de l'ergot de seigle, il fit usage de la pituitrine qui arrêta l'écoulement sanguin.

De même Ross est d'avis que la pituitrine est la meilleure arme que le praticien ait à sa disposition pour lutter contre l'hémorragie.

Mais il existe un grand nombre d'auteurs, Hofbauer, Bagger-Jœrgensen, Studeny, Fries, etc., qui n'admettent point que la pituitrine puisse arrêter les hémorragies. Pour eux, dans ce cas, le meilleur remède, et le remède de choix, c'est l'ergot de seigle qui seul peut juguler ces énor-

mes flots de sang qui suivent parfois la délivrance ; même dans le cas de délivrance normale avec hémorragie normale ils s'adressent à l'ergot de seigle.

L'ergot de seigle et l'ergotine, son dérivé, d'après notre expérience, à la Maternité d'Alger, sont souvent infidèles ; il est prudent dans le cas d'hémorragie grave de ne point leur accorder une confiance absolue et de leur préférer les diverses méthodes d'intervention opératoire intra-utérine, plus propres à combattre efficacement l'inertie utérine, cause réelle de l'hémorragie.

Quelques-uns, moins nombreux, comme Neu, par exemple, emploient plus volontiers l'adrénaline qu'ils jugent beaucoup plus énergique et plus efficace que l'extrait hypophysaire.

Treize observations nous permettent d'étudier les effets de la médication hypophysaire pendant la période de la délivrance. Sept cas sont relatifs à des primipares ; chez deux d'entre elles, l'effet fut absolument nul et on dut pratiquer la délivrance artificielle ; il est vrai de dire que les doses employées furent peu élevées : un cachet dans un cas et deux cachets dans l'autre ; mais nous discuterons plus loin la question des doses. Chez une troisième qui entre à l'hôpital avec le diagnostic d'hémorragie de la délivrance, l'effet fut incertain ; chez trois autres l'inertie utérine post-partum fut arrêtée et le délivre fut expulsé spontanément avec une perte de sang minime. Enfin, chez une septième, l'effet fut nul ; on dut faire une délivrance artificielle qui permit de constater que le placenta adhérait fortement à la corne utérine droite ; et de fait, on eut beaucoup de peine à détacher le délivre.

Chez deux secondipares, dont l'une a des antécédents fortement entachés de spécificité, se manifesta une inertie utérine dont les moyens mécaniques habituels ne purent venir à bout. On fit ingérer un cachet de 0,10 d'Hypophyse à chacune d'elles et on put obtenir ainsi une délivrance spontanée qui se produisit au plus tard une demi-heure après l'accouchement.

Chez une III pare, nous pouvons constater un succès très net.

Chez une V pare également, l'effet est surprenant ; nous avons d'ailleurs reproduit plus loin son observation in extenso.

Chez une VI pare l'Hypophyse donne aussi un succès ; l'inertie utérine disparaît après l'ingestion d'un cachet de 0,10, et l'expulsion spontanée du placenta et des membranes ne tarde pas à se produire.

Enfin, chez une VII pare, l'involution utérine tardait à se produire ; on administre un cachet de 0,10 et l'involution se fit normalement.

Pour nous résumer, 9 cas très favorables, trois insuccès et un résultat douteux.

Dans les cas que nous venons de rapporter, nous n'avons parlé que de l'action de l'extrait hypophysaire administré après l'accouchement pour combattre l'inertie utérine post-partum et nous avons vu que les résultats étaient favorables à l'emploi de cette médication. Il est cependant un point assez important que nous ne pouvons passer sous silence. Nous verrons en effet, au chapitre des incidents et accidents, que les quelques auteurs, qui se sont nettement déclarés adversaires de cette méthode, ont accusé l'opothérapie hypophysaire de favoriser l'inertie utérine post-partum. Ce serait là une accusation fort grave si elle était vérifiée. Il faut, semble-t-il, distinguer les cas qui se présentent ; les recherches expérimentales ont démontré que l'extrait hypophysane exerçait son action sur l'utérus pendant une heure environ, il est donc de toute évidence que si l'accouchement ne se produit qu'une ou deux heures après l'administration de la dernière dose, l'utérus, qui avait déjà des tendances à faire de l'inertie, en fera d'autant plus volontiers que l'action du médicament aura cessé de se manifester ; il ne faut pas perdre de vue qu'un utérus qui se contracte mal, est un organe fatigué ; l'hypophyse lui donne, si on peut s'exprimer ainsi, comme un coup de fouet, et après la disparition de l'excitant, sa tendance à l'inertie se manifestera avec plus d'intensité. Si, au contraire, la dernière dose d'extrait hypophysaire est donnée peu avant l'accouchement,

l'effet stimulant n'aura aucune raison pour disparaître parce que l'enfant est né ; il continuera à se faire sentir et nous aurons alors une délivrance spontanée et rapide avec une perte sanguine réduite au minimum.

Et c'est justement ce fait que nos multiples observations nous ont permis de constater ; le plus souvent on a dû recourir à la délivrance artificielle, parce que le dernier cachet administré avait été donné plus d'une heure avant l'accouchement ; donc nous pouvons dire que l'extrait hypophysaire a le plus souvent une action accélératrice sur la délivrance, quelquefois son effet est nul ; mais jamais nous n'avons constaté, du fait de son emploi, une inertie post-partum qui devient un danger pour la parturiente.

CHAPITRE VII

Les extraits hypophysaires dans le placenta prœvia.

Hauch et Meyer, qui ont si bien étudié l'action de la pituitrine en obstétrique, ont eu l'occasion de traiter sept cas de placenta prœvia par cette préparation.

Après des expériences au cours des diverses périodes de la grossesse, résultats que nous avons mentionnés dans le cours de ce travail, ils disent « qu'il leur a paru intéressant d'étudier d'une façon plus détaillée l'emploi de la pituitrine lors des hémorragies dues au placenta prœvia ». Et voici, telles qu'elles sont exposées dans leur communication, les réflexions qui leur ont été suggérées :

« Le traitement le plus simple et le moins dangereux de cette complication est la rupture artificielle des membranes. Mais, pour avoir chance de réussir, lces onditions suivantes sont nécessaires :

« 1° La femme ne doit pas être anémiée ;

« 2° Le fœtus doit être dans une position longitudinale ;

« 3° Il ne doit pas y avoir de disproportion mécanique ;

« 4° La dilatation doit être au moins environ de 3 centimètres de diamètre ;

« 5° Les contractions doivent être énergiques.

« Il est difficile de modifier les trois premières conditions, si elles ne sont pas favorables, tandis qu'on a de nom-

breux moyens d'agir sur la dilatation du col. Mais jusqu'à présent il était impossible d'exciter les contractions de l'utérus par un médicament interne. Maintenant, il en est autrement, car, comme nos observations viennent le prouver, la pituitrine a justement cette action qui nous permet dans beaucoup de cas de borner notre traitement à la rupture des membranes.

« Mais, comme nous l'avons dit plus haut, c'est spécialement dans les cas où la grossesse est à terme ou presque à terme, où le travail est suffisamment avancé et où nous avons affaire à l'insuffisance secondaire des contractions utérines, que nous avons le droit d'attendre un bon résultat de l'emploi de la pituitrine. Mais dans les cas de placenta prœvia, le plus souvent le travail n'est presque pas commencé et on n'observe que des contractions très faibles de l'utérus.

« Nous avons employé la pituitrine et la rupture artificielle des membranes dans tous les cas de placenta prœvia observés dans le service B. de la Maternité du Rigshospitalet, c'est-à-dire dans 7 cas. »

Ici les auteurs rapportent quatre observations où la pituitrine a donné un bon résultat. Voici à titre documentaire une de ces observations, celle qui porte le nº 9 :

« Primipare, l'orifice du col à peine perméable pour un doigt, pas de douleurs, alors que l'hémorragie nous force à intervenir. Dilatation manuelle prudente jusqu'à 3 centimètres ; on rompt les membranes au bord du placenta, et on donne de la pituitrine 0,5 centicube. Les douleurs n'apparurent pas, et une hémorragie suintante continua. Après une demi-heure, on répéta l'injection, les douleurs s'améliorèrent ; la tête s'engagea dans le bassin, l'hémorragie cessa et, six heures plus tard, la malade accoucha d'un enfant vivant à terme de 3.350 grammes. »

Et les auteurs après avoir rapporté trois autres observations continuent ainsi : « A côté de ces quatre cas où la méthode a bien réussi, nous avons eu des échecs dans trois cas. Parmi ces trois cas, il en est un où il fut nécessaire de provoquer l'accouchement avant terme à cause

d'une cysto-pyélo-néphrite très grave ; mais les différentes recherches nous ont démontré que la pituitrine n'a presque pas d'effet sur les avortements et les accouchements provoqués longtemps avant terme.

« Dans les deux autres échecs, il s'agit de placenta prœvia total où la rupture artificielle des membranes donne toujours un résultat très incertain. Dans ces trois cas, nous n'avons pas, même en essayant le traitement, eu grand espoir de succès ; nous avons tout de même tenu à l'essayer pour voir sa puissance.

« Dans les quatre cas favorables, il s'agissait de placenta prœvia latéral, entrés dans le service au début du travail ou en tout cas lorsque l'accouchement était en train de s'effectuer.

« Nos résultats sont trop peu nombreux pour nous permettre de tirer des conclusions ; mais il semble que le traitement peut donner de jolis résultats, dans les cas de placenta prœvia latéral, quand le travail a commencé, tandis qu'on n'a pas grand espoir de succès dans les autres cas.

« Cependant, il faut continuer les expériences et ne les faire que dans une clinique où tout est prêt pour une intervention ultérieure, si la rupture des membranes et la pituitrine ne suffisent pas. Car, ordinairement (comme on le voit par la description des cas), l'hémorragie continue quelque temps après la rupture et l'injection de pituitrine, et il faut alors essayer d'engager la tête dans l'excavation par des manœuvres externes et exciter les contractions par des frictions. Si on pouvait être sûr que le traitement réussira, la perte de sang n'aurait pas d'importance comparée à l'hémorragie qui suit les autres traitements. Mais s'il faut tout de même recourir à un autre traitement, alors il aura été tout à fait inutile de laisser l'hémorragie se produire.

« C'est pourquoi il nous faut encore attendre avant de préconiser comme rationnel ce mode de traitement. Il nous semble tout de même que les résultats obtenus sont assez encourageants pour continuer d'essayer la méthode. »

Vogt, qui a employé l'extrait hypophysaire dans le placenta prœvia, rapporte une série de sept cas, dans lesquels le résultat fut chaque fois très bon.

Richter fait connaître trois observations. Dans l'une, la tête, jusque là mobile, s'engagea après l'injection de pituitrine et l'hémorragie fut arrêtée. Dans les deux autres cas on utilisa le ballon suivi d'injection de pituitrine, et le succès couronna la tentative.

Hofbauer est partisan d'associer la pituitrine à la rupture de la poche des eaux, si toutefois on a affaire à un placenta prœvia latéral. Dans les autres cas, il vaut mieux recourir aux autres moyens et ne s'adresser à la pituitrine que si ceux-ci restent sans effet sur la provocation des contractions.

Studeny emploie cette méthode dans neuf cas, et réussit parfaitement dans six cas, trois fois après rupture des membranes, deux fois après version, une fois après métreuryse. Dans un cas les contractions provoquées par la pituitrine s'arrêtent au bout de vingt-sept minutes, dans un autre cas au bout d'une heure, enfin dans le neuvième, 3 centicubes restèrent sans effet.

Turenne a voulu voir les effets de la pituitrine dans le placenta prœvia. Il rapporte l'observation d'une multipare qui, lors de ses deux grossesses antérieures, a eu un placenta prœvia et un avortement avec grande hémorragie. Ses dernières règles datent de fin août 1912. Le 6 mars 1913, elle a deux hémorragies. A 6 heures du soir, on constate l'effacement et la dilatation du col, à 6 h. 15, l'auteur pratique une injection d'extrait hypophysaire. A 6 h. 19, première contraction douloureuse ; à 6 h. 35, dilatation complète et rupture artificielle des membranes ; 7 h. 5, expulsion spontanée du fœtus ; 7 h. 15 délivrance spontanée.

Ici, le résultat est donc favorable à la pituitrine. Mais dans les cas de placenta prœvia avec col long et rigide, il est bon, d'après Turenne, de préparer l'action de l'extrait hypophysaire par des moyens capables d'éveiller les contractions, sauf à les renforcer plus tard par cet agent.

Fournier rapporte un cas de placenta prœvia, traité par la pituitrine, dans lequel il put constater l'efficacité de cette préparation.

A la Maternité d'Alger, nous avons employé l'extrait hypophysaire comme traitement du placenta prœvia, chez huit femmes. Ce nombre peut sembler peu élevé ; et nous nous empressons de dire que le nombre des cas que nous avons observés, pendant la période durant laquelle nous avons appliqué l'opothérapie, est beaucoup plus élevé ; d'ailleurs, le lecteur pourra remarquer ça et là, que des observations que nous mentionnons dans les autres chapitres étaient également relatives à un placenta prœvia. C'est ainsi que dans notre observation nº 2, on a provoqué l'accouchement prématuré chez une femme qui avait un bassin infantile et présentait en outre un placenta prœvia.

Mais, dans ces huit cas, il s'agissait de femmes traitées par l'Hypophyse, parce que le diagnostic de placenta prœvia avait été posé ; sous le nº 13, nous donnons une de ces observations.

Chez cinq primipares, la rupture des membranes s'est faite spontanément. L'accouchement, grâce à des cachets d'Hypophyse, se passa normalement et une seule fois on dut faire la délivrance artificielle. Chez une III pare, tout se passe bien ; aucun accident à signaler ; la délivrance se fit spontanément. Par contre, chez une IV pare de 39 ans, l'hypophyse ne produisit aucun effet utile ; l'accouchement fut terminé par un forceps et on dut pratiquer une délivrance artificielle ; de même nous avons constaté un insuccès chez une X pare de 47 ans, dont l'enfant se présentait par l'épaule ; il fut nécessaire d'intervenir et la délivrance artificielle fut pratiquée.

Ces huit malades présentaient un placenta prœvia latéral et, sur ce nombre, nous enregistrons six succès et deux insuccès.

CHAPITRE VIII

Incidents et accidents de la médication hypophysaire.

De l'énumération de tous les faits relatés dans les chapitres précédents, il résulte que les extraits hypophysaires ont pris une assez grande place dans la thérapeutique obstétricale. Un grand nombre d'auteurs se sont laissés gagner à cette méthode, et les résultats qu'ils ont obtenus, le plus souvent, ne peuvent que les encourager à utiliser l'extrait de glande hypophysaire.

Quelques-uns cependant, après quelques essais timides, ont cru devoir renoncer à cette médication, à cause des accidents, quelquefois assez importants, auxquels elle peut donner lieu. Et c'est ce qui nous a amenés à traiter dans un chapitre spécial les incidents et les accidents que l'on attribue à ce médicament. Ce chapitre ne sera pas long ; car le nombre des faits publiés est relativement restreint, du moins en ce qui concerne les accidents relevant directement de l'emploi de la pituitrine ou de telle autre préparation hypophysaire.

Nous envisagerons l'action sur le fœtus, puis sur la mère.

Hamm signale un abaissement notable des battements du cœur fœtal dont le nombre peut descendre jusqu'à 80, sans qu'il y ait d'ailleurs retentissement sur l'état général de l'enfant.

Vogt, sur cent cas, n'observe qu'un accident ; l'enfant fut pris aussitôt après sa naissance d'un spasme de la glotte. L'auteur s'empresse d'ajouter que rien ne vient prouver qu'il s'agit d'un incident dû uniquement à l'emploi de la pituitrine.

Spæth eut un enfant en état d'asphyxie qui ne put être ranimé ; mais, à la naissance, il était porteur de plusieurs circulaires du cordon.

Voigts observa une fois un enfant en état d'apnée qui put être assez vite ramené à la vie ; une seconde fois, un enfant en état d'asphyxie ; mais on avait dû faire une application de forceps ; un troisième cas, est celui d'un enfant également en état d'asphyxie. Il est bon d'indiquer que ces trois cas sont les seuls d'une série de 75 observations rapportées par l'auteur.

Fries eut un cas d'hémorragie intestinale quatre jours après la naissance ; mais il ne peut affirmer que l'accident est dû à la pituitrine.

Schneider-Sievers, eut un cas d'asphyxie légère et un cas de ralentissement du cœur.

Schæfer signale également l'abaissement du nombre des battements cardiaques, qu'il attribue à la trop grande énergie des contractions utérines.

Studeny observe trois fois l'asphyxie du nouveau-né ; dans deux cas où elle était légère, elle céda facilement au traitement ; dans le troisième, l'enfant mourut le lendemain. Or, l'auteur fait remarquer qu'il s'agissait d'un bassin rachitique aplati, et il est d'avis qu'une application de forceps aurait permis d'éviter cet accident.

De ces quelques faits brièvement rapportés, il résulte que la médication hypophysaire ne semble avoir aucune influence néfaste pour l'enfant. Dans les cas où l'on a eu à enregistrer un accident grave ou la mort du fœtus, l'auteur lui-même dit qu'on ne peut affirmer un rapport de certitude entre l'emploi de la pituitrine et l'accident. Dans les cas où la pituitrine semble avoir une influence sur la genèse des accidents, on relève des incidents de courte durée et qui cèdent facilement au traitement ; les

auteurs ont seulement constaté un ralentissement assez marqué des bruits du cœur, ralentissement qui ne persiste pas très longtemps après la naissance, ou un léger degré d'asphyxie dont il est aisé de venir rapidement à bout. Donc, on peut affirmer l'innocuité de cette préparation sur l'organisme fœtal.

Voyons maintenant l'action de l'extrait hypophysaire sur la mère. On a accusé la pituitrine de pouvoir causer la mort de la mère ; et on cite, pour étayer cette accusation, une observation de Pfeifer, dans laquelle l'auteur relate que la malade était morte après extraction, sous chloroforme, d'un fœtus mort depuis vingt-quatre heures. Or, l'auteur ne fit qu'une seule injection de 1 cc. 3 ; il est inadmissible qu'une aussi faible dose puisse entraîner la mort, et l'auteur lui-même attribue le décès à l'urémie.

Studeny, chez une épileptique, vit survenir de l'amaurose qui ne céda que lentement. Rien, d'après l'auteur, ne permet d'établir une relation entre la médication hypophysaire et cet accident ; et il ne voit là qu'une simple coïncidence.

Schneider-Sievers et Tœpfer, virent survenir des accès éclamptiques ; mais l'analyse des urines ne révéla point d'albuminurie ; on ne peut donc pas admettre que la pituitrine ait pu léser aussi rapidement le rein ; d'ailleurs, Tœpfer fit usage de pituitrine chez une albuminurique et n'eut aucun accident.

Commandeur et Devin, voient se produire une crise de palpitation ; mais il s'agissait d'une malade ayant un rétrécissement mitral avec œdème aigu du poumon.

On a cité encore comme accidents, un ralentissement considérable du pouls, qui remonta d'ailleurs rapidement, des vertiges, de l'angoisse, de la tachycardie ; Calmann signale des bourdonnements d'oreille, mais aucun auteur n'en a parlé.

On a encore accusé la pituitrine de prédisposer à l'inertie après l'accouchement. Mais, ici, les contradictions sont nombreuses. C'est ainsi que Bagger-Jorgensen, Hofbauer, Stern, Spæth, Jæger signalent cette atonie utérine ;

mais combien plus nombreux sont ceux qui, au contraire, concluent de leurs expériences que l'extrait hypophysaire a comme avantage de prévenir l'inertie post-partum.

Enfin, pour certains auteurs, l'opothérapie hypophysaire produirait la tétanisation de l'utérus.

Studeny et Schickele, rapportent des cas de durée exagérée de la contraction utérine.

Richter signale un fait analogue.

Vayssières signale un cas de découronnement du placenta ; mais, pour lui, la question n'est pas résolue de savoir s'il y a là une simple coïncidence ou si, au contraire, la pituitrine est la cause première de cet accident.

Mackenrodt et Hamm, signalent la tétanisation de l'utérus.

Enfin, le professeur Lequeux signale un cas d'enchatonnement du placenta, dont nous reproduisons plus loin l'observation en entier.

Et le professeur Lequeux fait suivre son observation du commentaire suivant :

« Je dois avoir eu affaire dans ce cas particulier à une grossesse angulaire ; et c'est à cela que je crois pouvoir attribuer la majeure partie des accidents observés : hémorragie du début, rétroversion partielle, rupture prématurée des membranes et complications de la délivrance.

« Mais il faut aussi, me semble-t-il, chercher dans cette dernière phase de l'accouchement le rôle joué par la pituitrine. Or, je crois que l'on peut, de cette observation, tirer quelques déductions en ce qui concerne l'emploi de l'extrait d'hypophyse :

« 1° L'extrait d'hypophyse est susceptible d'amorcer le travail par lui-même ; cette amorce n'a pas été suffisante dans le cas que nous rapportons pour amener le travail franc ; mais peut-être que si l'injection avait été répétée, au moment de l'affaiblissement des douleurs, on eut pu obtenir de meilleurs résultats.

« 2° L'extrait d'hypophyse est susceptible de conserver son action à l'état latent pendant plusieurs heures ou

jours après son administration. Cette latence n'est pas absolue et les douleurs peuvent persister sourdes jusqu'au moment où, le travail se déclarant, on assiste à une véritable tempête de contractions.

« 3° L'extrait d'hypophyse est capable d'agir après l'accouchement sur l'utérus pour modifier la délivrance ; peut-être que si la greffe ovulaire avait été normale chez notre cliente, nous aurions eu simplement une délivrance rapide ; mais le fait que la greffe avait été angulaire a dû favoriser la rétraction anormale de l'organe au-dessous de la corne qui contenait le placenta et créer son enchatonnement.

« 4° L'état de contraction utérine, créé par l'emploi de l'extrait hypophysaire, peut se continuer après la délivrance plus ou moins longtemps, et susciter chez la femme un état de malaise parfois insupportable.

« Telles sont les déductions que je crois pouvoir tirer de cette observation. J'ajoute qu'ayant eu l'occasion d'employer l'extrait d'hypophyse, tant en ville que dans le service du Professeur Bar, je n'ai jamais eu semblable incident à constater. »

Si nous avons tenu à reproduire la communication du professeur Lequeux, c'est qu'elle est intéressante surtout en ce qui concerne les déductions qu'il croit pouvoir tirer de ce cas particulier. En premier lieu, il constate l'aptitude de l'Hypophyse à provoquer le travail ; or, en cela, il est d'accord avec la plupart de ceux qui se sont occupés de la question. En second lieu, il fait part d'un fait important, et qu'il sera intéressant de vérifier : c'est la latence d'action ; et, dans aucun travail, nous n'avons trouvé mention d'un fait semblable ; bien au contraire, puisque les expérimentateurs s'accordent à dire que l'extrait hypophysaire a une action immédiate et que cette action dure une heure environ. Il constate ensuite l'influence de la préparation sur la délivrance. Enfin, ce qui constitue un autre fait très intéressant, il fait part de la prolongation de l'action du médicament ; et nous opposerons ce

fait aux quelques auteurs qui accusent les préparations hypophysaires de prédisposer à l'inertie post-partum.

En somme, nous voyons que la médication hypophysaire ne présente, sauf dans des cas particuliers, aucun danger dans son emploi, et les avantages inhérents à son emploi compenseront toujours largement les menus incidents auxquels elle peut donner naissance.

De notre côté, nous sommes heureux de n'avoir, à ce point de vue, aucun reproche à adresser à la médication hypophysaire ; nous n'avons jamais eu le moindre ennui du fait de son emploi. Il est possible que des doses exagérées produisent une augmentation notable de la tension artérielle, et que cette élévation de la tension ait une influence néfaste sur l'organisme maternel et sur l'organisme fœtal ; nous croyons pouvoir affirmer qu'avec des doses moyennes aucun accident n'est à redouter ; c'est du moins ce qui ressort de l'ensemble de nos nombreuses observations.

CHAPITRE IX

Statistique générale

DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS

Nous allons maintenant revoir rapidement les résultats que nous a donnés la médication hypophysaire.

De l'utilisation de l'hypophyse dans l'avortement, nous ne pouvons rien dire ou à peu près. Nous n'avons jamais eu l'occasion d'essayer le médicament dans la provocation de l'avortement. D'autre part, nous ne pouvons nous faire une opinion définitive sur l'action de l'hypophyse pour combattre l'inertie post-abortum ; nous ne possédons que deux observations dont l'une est favorable et l'autre défavorable à la médication. Il semble, d'après notre cas favorable, que l'hypophyse puisse rendre des services ; mais nous ne pouvons que faire une supposition et nous promettre de poursuivre nos expériences pour arriver à nous former une opinion définitive.

Dans la provocation de l'accouchement prématuré, l'hypophyse employée seule nous semble absolument inefficace ; elle est incapable de donner naissance à un début de travail et, par suite, de mener l'accouchement à bonne fin. Toutes autres sont les conditions, si nous associons à la médication hypophysaire les moyens mécaniques jusqu'ici en usage pour provoquer l'accouchement prématuré : sonde de Krause, ballons de Champetier de

Ribes, etc., dans ces cas les ocytociques mécaniques sensibilisent l'utérus, si on peut s'exprimer ainsi, préparent l'organe en vue de subir l'action de l'Hypophyse ; celle-ci devient alors tout à fait efficace et donne des succès comme ceux que nous avons fait connaître.

Et nous arrivons maintenant à l'emploi du médicament dans l'accouchement prématuré spontané, et surtout dans l'accouchement à terme ; ce sont ces cas qui sont le véritable triomphe de la médication hypophysaire. Nous ne pouvons nous empêcher de dire combien nous sommes satisfaits des résultats obtenus; certes nous n'arrivons pas à cette série ininterrompue de succès dont parlent les auteurs, et en particulier les auteurs allemands. Nous n'avons jamais observé cette fameuse « tempête de contractions» qu'ils ont annoncée si bruyamment ; notre succès est plus modeste ; et si un certain nombre d'insuccès viennent ternir notre série d'observations, c'est que nous avons employé l'Hypophyse dans n'importe quelles conditions ; et nous avons pensé, et avec juste raison, qu'une impartialité absolue devait présider à la publication de nos résultats.

On aura pu aisément se rendre compte que l'efficacité de la préparation est d'autant plus grande que l'on est plus près de la terminaison de l'accouchement et, par suite, l'indication la plus nette de la médication hypophysaire se trouve à la période d'expulsion.

Nous croyons devoir attirer l'attention du lecteur sur un fait extrêmement important que nous avons pu constater, et qui concerne la malade de l'observation nº 12. On peut se rendre compte qu'avant l'administration de l'extrait hypophysaire les contractions étaient peu intenses, et par suite leur action sur la progression du mobile était à peu près nulle. Le fœtus, par suite, n'avait aucune tendance à s'accommoder et la tête demeurait en déflexion. Quelle a donc été dans ce cas l'action de l'Hypophyse ? En premier lieu, elle s'est opposée à l'établissement de l'inertie utérine ; et en second lieu, ce qui est la conséquence du renforcement des contractions, le fœtus,

sollicité par une force plus violente s'est accommodé de la déflexion la tête est passée à la flexion et, par suite de cette accommodation, l'expulsion a pu se faire spontanément et rapidement.

L'extrait hypophysaire a agi également sur la délivrance ; l'engagement du placenta s'est effectué au bout de dix minutes et son expulsion a eu lieu cinq minutes après l'engagement. Quant à la quantité de sang perdu, elle n'a pas dépassée 200 grammes.

Il était également intéressant de voir ce que pouvait l'opothérapie pour combattre l'inertie post-partum. Les résultats sont très encourageants, et nous avons pu nous rendre compte que l'Hypophyse combattait efficacement cette inertie, qu'elle précède ou suive la délivrance.

Les résultats concernant le placenta prœvia sont d'autant meilleurs que les malades sont entrées presque toutes à terme ; quelques-unes même après la rupture des membranes. Nous ne pouvons que nous féliciter de l'emploi de l'Hypophyse qui nous a évité probablement un certain nombre d'ennuis.

Nous avons vu, dans un chapitre, quelles étaient les accusations que l'on avait portées contre la médication hypophysaire ; certains auteurs vont même, sans l'avoir jamais essayé, jusqu'à combattre activement cette préparation qui peut donner lieu à des catastrophes. Nous sommes très heureux de dire que jamais nous n'avons eu à relever le moindre accident ou même incident, relevant immédiatement de l'emploi de l'Hypophyse. Chez la mère, nous avons eu très souvent des suites de couches normales, et lorsqu'un élément anormal est intervenu, nous avons pu écarter tout de suite l'opothérapie comme cause de l'accident. Nous n'avons jamais observé d'atonie post-partum chez des femmes ayant ingéré de l'Hypophyse, et nous avons vu, au contraire, qu'elle constituait un excellent moyen pour combattre cette atonie. La perte sanguine totale pendant l'accouchement a varié, chez la plupart de nos parturientes, entre 50 grammes et 300 grammes, avec une moyenne de 150 à 200 grammes. Trois fois, nous

avons pu constater une perte sanguine de 400 grammes, une fois de 500 grammes, et une autre enfin de 800 grammes. Du côté de l'enfant, nous n'avons également aucun accident à signaler ; nous avons eu des signes de souffrances, des enfants nés en asphyxie ; mais ces enfants sont nés avec un ou plusieurs circulaires. Nous rappellerons ici pour mémoire, que deux d'entre eux sont nés avec trois circulaires, un avait en plus un nœud du cordon. Et nous n'hésitons pas à dire que parmi les cas d'insuccès que nous avons rapportés, un grand nombre sont dus à ce que le fœtus donnait des signes de souffrance ; il fallut alors terminer rapidement l'accouchement ; et il nous est permis de supposer que ces insuccès n'auraient pas eu lieu s'il n'y avait pas eu production de circulaire.

Un dernier point, sur lequel nous serons très brefs, est relatif à la question des doses à employer. Dans nos observations, nous n'avons, sauf dans un cas, dépassé la dose de 3 cachets de 0,10 d'Hypophyse Fournier; assez souvent deux cachets et même un seul ont été suffisants. Une seule fois, nous avons donné 6 cachets en 24 heures, sans résultat d'ailleurs. Il est évident que l'on ne peut pas donner une posologie fixe ; s'il est des femmes chez lesquelles un cachet suffira à produire l'effet désiré, il en est d'autres par contre où le résultat, nul après l'absorption du premier cachet, commencera à s'améliorer après absorption du deuxième. Etant donné que nous n'avons eu aucun accident à signaler, nous pensons que l'on peut, sans inconvénients, dépasser la dose de 0,30 par jour ; en effet, il nous est arrivé de faire absorber cette dose dans l'espace d'une heure et demie ; il nous est donc permis de supposer que cette dose pourra être dépassée, d'autant plus que l'on peut laisser un intervalle plus grand entre chaque cachet.

Avant de conclure et pour nous résumer, nous pouvons dire que nous sommes enchanté des résultats obtenus, résultats d'autant meilleurs que nous nous sommes adressé à la voie buccale et non plus à la voie hypodermique,

ainsi que l'ont fait presque tous les auteurs qui ont expérimenté cette préparation opothérapique. Nous ne pouvons qu'engager vivement l'essai d'Hypophyse en cachets. Ce mode de préparation facile à manier pourra, nous en sommes persuadé, rendre les plus grands services aux accoucheurs.

OBSERVATION I (inédite)

Bassin généralement rétréci et aplati ; type masculin. Accouchement provoqué à 8 mois et demi. Hypophyse à la période d'expulsion. N° 835-S.2.

IV pare. 33 ans. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Premières règles à 15 ans. Menstruation très régulière.

La malade a eu la rougeole en bas-âge. Ses trois accouchements antérieurs ont été dystociques et ont nécessité une application de forceps au détroit supérieur. Tous ses enfants sont actuellement vivants et en bonne santé.

Grossesse actuelle. Ses dernières règles sont du 4 au 7 avril 1912. La malade entre dans le service le 29 décembre 1912 ; sa grossesse est à la fin du 8e mois.

Le facies porte un masque de la grossesse assez accentué. Sa taille est de 1 m. 52 avec un tronc de 82 cm. La mesure du losange obstétrical fait remarquer une asymétrie ; la distance qui sépare la ligne médiane de l'épine iliaque postéro supérieure droite présente un centimètre de moins que celle qui sépare la ligne médiane de l'épine iliaque postérieure gauche ; le triangle supérieur mesure 5 centimètres de hauteur, tandis que l'inférieur mesure 9 cm. 5 de hauteur.

L'utérus de forme ovoïde a une hauteur de 34 cm. et présente des contractions indolores. L'enfant se présente par le sommet en O.I.G.P.

Le bassin est généralement rétréci et aplati et présente le type masculin.

Ses dimensions sont les suivantes : Diamètre de Baudelocque : = 16 ; bisépineux : 23.5 ; bicrétal : 26.5 ; biischiatique : 9. L'ensellure lombaire est peu marquée ; la fente vulvaire est déviée à gauche

La malade entre à la salle de travail le 9 janvier 1913 à 9 h. 30. On a décidé de provoquer l'accouchement. On introduit un ballon de Champetier de Ribes.

Dans l'après-midi, quelques contractions douloureuses apparaissent indiquant que le travail est commencé. A 17 heures le ballon est retiré ; à ce moment-là, le col est complètement effacé et aminci, la dilatation est comme une petite paume de main. Un second ballon est placé ; il est expulsé à 20 h. 20. La rupture des membranes

se produit peu après ; la dilatation est complète et l'engagement de la tête est effectué. Cependant les contractions sont espacées et de courte durée.

A 20 h 30, on fait absorber à la malade un cachet d'Hypophyse de 0,10 ; peu après les contractions se rapprochent et deviennent plus vigoureuses ; leur efficacité augmente si bien qu'à 21 h. 15 la femme expulse spontanément un enfant vivant du poids de 3.050 grammes. Quantité de sang perdu, 200 gr. environ.

A 21 h. 35, le délivre s'engage et est expulsé spontanément à 21 h. 40.

Suites de couches normales.

OBSERVATION II (inédite)

Bassin infantile. Placenta prœvia marginal. Accouchement provoqué à 8 mois et demi. Hypophyse pendant la période d'expulsion. N° 934-S.2.

Primipare. 20 ans. Rien dans ses antécédents héréditaires.

Premières règles à 12 ans. Menstruation très régulière.

La malade a eu la rougeole en bas-âge et une atteinte de paludisme à 18 ans.

Elle entre à l'hopital le 14 mars 1913.

Grossesse actuelle. Dernières règles du 18 au 22 juin 1912. Les mouvements actifs ont été perçus fin novembre.

L'utérus remonte à 7 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La grossesse est dans la première quinzaine du 9e mois. La grossesse a provoqué des vomissements dès le début. Pas d'albumine dans les urines.

Le facies est bon ; sa taille est de 1 m. 48 avec un tronc de 80 c/m. Sur le plastron costal on relève de légères nouures ; les tibias sont légèrement incurvés.

L'abdomen, ovoïde, présente de légères vergetures. La paroi abdominale est ferme. L'utérus incliné à droite à une hauteur de 37 cm. Quelques contractions indolores. L'enfant se présente par le sommet en O.I.G.A. Le foyer d'auscultation des bruits du cœur se trouve sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

Le bassin est généralement rétréci à type infantile. (Diamètre de Baudelocque, 18.5 ; bisépineux, 19 ; bicrétal, 24.5 ; biischiatique, 9) aussi décide-t-on de provoquer l'accouchement.

Le 15 mars à 9 heures, introduction d'une bougie de Krause. Les premières douleurs apparaissent vers 13 heures. On introduit ensuite successivement deux ballons de Champetier de Ribes. Le deuxième ballon est expulsé vers minuit. Le 17 mars, à 3 heures, la dilatation est complète ; les membranes se rompent. On donne alors à la femme deux cachets d'Hypophyse de 0,10. Ils font apparaître de bonnes contractions, et l'accouchement se termine par l'expulsion spontanée, à 5 heures, d'un enfant de 2 k. 900. Quantité de sang perdu : 200 gr. environ.

A 5 h. 25, le délivre s'engage et est expulsé à 5 h. 30.

Suites de couches normales.

OBSERVATION III (Pouliot et Vayssières)

In « Archives mensuelles d'Obstétrique et Gynécologie ».
Juin 1912. (*Obs.* n° 4.)

Bassin plat, rachitique, canaliculé. Provocation de l'accouchement par la pituitrine. Accouchement spontané.

Une quartipare âgée de 36 ans, entre dans le service le 18 avril. Sa première grossesse s'est terminée par l'accouchement spontané d'un enfant vivant de poids inconnu.

Deuxième grossesse ayant abouti à la mort de l'enfant pendant le travail.

Troisième grossesse terminée par un accouchement prématuré, provoqué à l'aide du ballon de Champetier de Ribes dans le service de M. Bonnaire, le 13 mars 1908.

L'enfant qui, à la naissance, pesait 3.700 grammes est actuellement vivant.

Les dernières règles ayant précédé la grossesse actuelle ont duré du 8 au 12 juillet 1911.

La femme semblerait près du terme ; cependant l'utérus ne dépasse que d'un travers de main et l'on porte le diagnostic de grossesse de huit mois et demi.

Le sommet qui se présente est élevé et mobile au-dessus du détroit supérieur, l'occiput tourné vers la gauche, enfant vivant.

Le promontoire, facilement accessible est à 10.4 ; il existe un faux promontoire sacré ; il s'agit d'un bassin plat, rachitique, cana-

liculé, symétrique. L'accouchement prématuré est provoqué le 20 avril.

11 heures du matin : la femme n'a présenté aucune douleur ; le col est intact ; le pouls est à 66 ; la tension artérielle à 16 ½.

11 h. 25 : injection sous-cutanée de 1 centicube de pituitrine.

11 h. 45 : première contraction utérine douloureuse.

Midi : pouls 78 ; douleurs toutes les 3 minutes.

Midi 10 : rupture de la poche des eaux.

Midi 15 : depuis la rupture des membranes, les douleurs s'espacent un peu, col en voie d'effacement, dilatable au diamètre d'une pièce de 2 francs.

1 heure du soir : les douleurs reparaissent toutes les trois minutes ; elles sont très vives.

Tout l'après-midi, cet état persiste, les douleurs devenant de plus en plus intenses.

10 heures du soir : pouls à 88. La dilatation est de 5 francs.

Minuit : la dilatation est complète.

Minuit 25 : le fœtus est expulsé ; il crie de suite et n'a souffert à aucun moment. Il pèse 3.000 grammes.

35 minutes après, la délivrance est faite par l'extraction simple ; le poids des annexes est de 450 grammes ; il n'y a qu'une minime quantité de caillots.

L'ensemble de l'accouchement a duré un peu moins de 13 heures ; depuis 10 heures du soir, malgré la viciation pelvienne et la rupture prématurée des membranes, il a marché particulièrement vite, les douleurs étant très vives et subintrantes.

Suites de couches parfaites.

OBSERVATION IV (inédite)

Inertie utérine. 2 cachets d'Hypophyse. Accouchement spontané. N° 877-S.2.

Primipare. 23 ans. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Premiers pas à 9 mois. Premières règles à 14 ans. Menstruation très régulière.

Grossesse actuelle. Dernières règles, du 22 au 28 avril 1912. Les mouvements actifs ont apparu fin septembre. L'utérus remonte à 8 travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

Sa grossesse, qui est à terme à son entrée dans le service, le 2 février 1913, a causé des vomissements pendant les 3 premiers mois. L'analyse des urines permet de constater la présence d'albumine.

Son facies est bon ; elle présente un peu d'œdème des membres inférieurs.

L'abdomen de forme ovoïde, présente des vergetures et une ligne brune peu prononcée.

L'utérus, ovoïde, à une hauteur de 38 centimètres. L'enfant se présente par le sommet en O.I.G.P.

La tête n'est pas engagée.

Le col utérin est effacé ; la dilatation est complète. Le segment inférieur est formé.

Les seins sont bien conformés.

La malade entre le 2 février 1913 à la salle de travail à 20 heures, avec une dilatation complète ; le début du travail remonte au 31 janvier à 4 heures. La poche des eaux intacte est rompue par la Maîtresse Sage-Femme. Cependant, les contractions n'apparaissent pas. A 20 heures 20, on lui donne un premier cachet d'Hypophyse, qui, au bout d'un quart d'heure, réveille les contractions qui sont alors assez vives. A 21 h. 20, on lui donne un second cachet. Les contractions deviennent extrêmement fortes, sont plus longues et plus rapprochées ; le travail s'accélère si bien qu'à 22 h. 30, la femme expulse spontanément un enfant de 3.670 grammes. Quantité de sang perdu : 300 gr. environ.

Le délivre s'engage à 22 h. 55 et est expulsé à 23 heures.

OBSERVATION V (inédite)

Bassin limite. Inertie utérine. 3 cachets d'Hypophyse. Accouchement spontané. Circulaire cervical. N° 1306-S.2.

Primipare. 24 ans. Père décédé d'une affection cardiaque.

Premiers pas à 12 mois. Premières règles à 13 ans. Menstruation très régulière.

A eu une atteinte de paludisme à 10 ans. S'est mariée à 23 ans.

Grossess actuelle. Dernières règles du 9 au 14 mars 1913. L'utérus, incliné à droite, remonte à 6 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Lors de son entrée dans le service, le 15 décembre 1913, la grossesse est à terme.

La malade a eu des vomissements au début de sa grossesse, et une atteinte de paludisme au mois de juin.

Le facies est bon. L'abdomen de forme ovoïde, présente une ligne brune prononcée. La paroi abdominale est ferme. L'utérus, de forme ovoïde, a une hauteur de 32 $^{c}/_{m}$. Il présente des contractions douloureuses. L'enfant se présente par le sommet en O.I.G.P., la tête est engagée. Les bruits du cœur sont perçus à gauche. Le segment inférieur est formé.

Le bassin est en général bien conformé mais limite. Seins bien conformés.

La malade entre à la salle de travail le 15 décembre à 14 heures ; à ce moment la dilatation est complète. Le travail a débuté la veille, à 23 heures, heure à laquelle s'est produite la rupture spontanée et prématurée des membranes. Le sommet est en O.I.G.P.

Comme les contractions manquent d'énergie, on donne un cachet d'Hypophyse de 0,10. Immédiatement, les contractions sont plus vives ; on donne, une demi-heure après, un second cachet, puis un troisième séparé par le même intervalle. Le travail s'accélère pour aboutir à 15 h. 50 à l'expulsion spontanée d'un enfant de 3.180 gr.

16 heures, le délivre s'engage pour être expulsé spontanément à 16 h. 5. Quantité de sang perdu : 200 grammes environ.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VI (Fabre et Rhenter)

In « Bulletin de la Sté d'Obstétrique et Gynécologie de Paris ». Mai 1912. (*Obs. n°* 2.)

Grossesse normale à terme. Inertie utérine. 3 injections de pituitrine. Accouchement et délivrance spontanés.

Parmi les observations publiées par Fabre et Rhenter, nous croyons intéressant pour le lecteur d'en citer une. Nous prenons celle qui dans leur travail porte le numéro 2, et nous la reproduisons in-extenso.

Primipare. 19 ans. Dernières règles du 1 au 3 juillet. Accouchement probable le 9 avril.

Les douleurs ont débuté le 21 mars à 8 heures du matin, très légères et très espacées.

21 mars, 8 heures du soir : douleurs très fugaces. Col dilaté à 1 cm. à peine.

22 mars, 9 heures, matin : les douleurs sont restées très faibles. La malade a paru dormir. Le col est dilaté à 1 centimètre.

22 mars, midi : les douleurs reviennent toutes les heures depuis 9 heures.

22 mars, 4 heures soir : les douleurs reviennent toutes les 10 minutes, mais très légères, le col est dilaté à 4 centimètres.

22 mars, 4 heures 40 : injection de 1 centicube de pituitrine.

22 mars, 4 heures 50 : douleurs assez fortes.

22 mars, 4 heures 53 : douleurs fortes.

22 mars, 5 h. 32 : les douleurs fortes arrachant des cris, durant de 30 à 40 secondes, se sont régulièrement succédé jusqu'à maintenant, revenant toutes les 5, puis toutes les 3 minutes, jusqu'à la précédente qui remonte à 5 minutes.

22 mars, 5 h. 50 : les douleurs se sont espacées et sont devenues de moins en moins fortes.

22 mars, 5 h. 55 : deuxième injection de pituitrine.

22 mars, 6 heures : douleurs.

22 mars, 6 h. 28 : les douleurs se sont succédé toutes les 3 minutes, parfois toutes les deux minutes et même toutes les minutes, la malade éprouvant de temps en temps le besoin de pousser.

Mais elle accuse maintenant une sensation d'étouffement. Son pouls reste aux environs de 100. Elle est agitée, se lève, se recouche, puis après quelques minutes tout rentre dans l'ordre.

22 mars, 6 h. 58 : les douleurs sont restées énergiques et rapprochées jusqu'à 6 h. 47 ; elles prennent alors le caractère expulsif, mais s'espacent, la douleur actuelle étant séparée par huit minutes de la précédente.

22 mars, 7 heures : troisième injection de 1 centicube de pituitrine, le col est alors dilaté à 7 centimètres.

22 mars, 7 h. 5 : douleur très énergique.

22 mars, 7 h. 40 : les douleurs ont pris le caractère expulsif et se sont succédé toutes les cinq minutes. La dilatation étant complète, on rompt artificiellement les membranes.

La mère va bien ; les bruits du cœur fœtal un peu irréguliers se sont régularisés.

22 mars, 8 h. 22 : douleurs expulsives franches, mais de courte durée, suivies de la fixation du sous-occiput et du dégagement.

Enfant de 3.000 grammes, un peu cyanosé, qu'il faut ranimer.

22 mars, 9 h. 35 : délivrance spontanée avec une perte de sang de 100 grammes. Le pouls est à 92 et la malade se sent très bien.

26 mars : suites de couches normales.

OBSERVATION VII (inédite)

Bassin rétréci. Promonto-pubien minimum : 9. Hypophyse à la période d'expulsion. Accouchement spontané. Hémorragie de la délivrance. N° 1307-S.2.

Primipare. 17 ans. Ménagère. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Premières règles à 13 ans. Menstruation régulière.

Grossesse actuelle. Dernières règles du 6 au 9 avril 1913. Apparition des mouvements actifs à la fin du mois d'août.

La malade est à la fin du 8e mois d'après les règles.

Elle a eu des vomissements jusqu'à la fin du 6e mois.

Pas d'albumine dans les urines.

Examinée à son entrée dans le service, le 15 décembre 1913, on constate un masque de la grossesse assez prononcé. Sa taille est de 1 m. 55, et le tronc de 81 cm.

Le losange obstétrical est symétrique.

L'abdomen, de forme ovoïde, présente une ligne brune prononcée et des vergetures assez nombreuses. La paroi abdominale est ferme.

L'utérus de forme ovoïde, a une hauteur de 29 cm., est incliné à droite et présente des contractions indolores. Les mouvements actifs sont perçus à droite. L'enfant se présente par le sommet en O.I.G.P. Il n'y a pas d'engagement. Le foyer d'auscultation du cœur fœtal se trouve sur une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'ombilic. On perçoit le souffle maternel. La vulve et le vagin sont normaux. Le col dirigé à gauche et en arrière est ramolli dans toute sa longueur. Les orifices sont fermés. Le segment inférieur est en formation. Le bassin est en général rétréci. (Diamètre de Baudelocque : 18.5 ; bisépineux : 22. ; bicrétal : 25. ; biischiatique : 9.5). Seins bien conformés avec mamelon saillant.

Le 10 février 1914, la malade entre à la salle de travail à 16 heures. Le début du travail remonte à 5 heures. A 16 heures, la dilatation est à 2 francs. A 17 heures, la dilatation est complète. Le travail se ralentit si bien qu'on donne à la malade un cachet d'Hypophyse de 0,10. Quelques minutes après, les douleurs reparaissent très intenses pour aboutir, à 19 heures, à l'expulsion d'un enfant de 2.900 grammes, porteur d'un circulaire réductible. A 19 h. 20, le délivre s'engage pour être expulsé spontanément à 19 h. 25. Au moment de l'expulsion placentaire, se produit une hémorragie. Légère syncope une heure après l'accouchement. Quantité de sang perdu : 300 grammes environ.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VIII (inédite)

Présentation du siège décomplété mode des fesses. Deux cachets d'Hypophyse à la période de dilatation. Circulaire cervical. Mort apparente. N° 917-S.2.

Primipare. 22 ans. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Premières règles à 13 ans. Menstruation irrégulière.

La malade est atteinte de bronchite chronique depuis l'âge de quatre ans.

Grossesse actuelle. Dernières règles du 29 mai au 2 juin 1912.

L'utérus remonte à 6 travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

La malade paraît être au début de la 2e quinzaine du 9e mois.

Elle a eu des vomissements pendant le premier mois.

L'examen des urines révèle la présence d'albumine.

Examinée à son entrée dans le service, le 26 février 1913. Elle a une taille de 1 m. 50 pour un tronc de 79 cm. Losange obstétrical symétrique.

L'abdomen, de forme ovoïde, présente une ligne brune très prononcée.

La paroi abdominale est souple ; l'utérus, de forme ovoïde, a une hauteur de 32 cm. Le fœtus se présente par le siège en S.I.D.P. ; la présentation est engagée.

Au toucher, on trouve un col ramolli, de 1 cm. ½ de longueur environ. Il est dilaté à 1 franc. Le segment inférieur est formé.

Bassin en général bien conformé.

Glande mammaire développée, bien conformée avec mamelons saillants.

Albumine dans les urines.

Le travail débute le 27 février à 18 h. 30, heure à laquelle la femme est conduite à la salle de travail. On met à la malade un ballon de Champetier de Ribes de 150 centicubes environ, dans la cavité vaginale pour préparer les parties molles et activer la marche du travail. Quelques douleurs apparaissent pendant la nuit.

Le 28 à 9 heures, le toucher est pratiqué ; l'effacement du col est complet, l'amincissement est terminé ; le col est dilatable et présente une dilatation d'environ 2 francs. Le coccyx fœtal est senti en D.P., l'engagement est complet.

A 10 heures, on fait absorber à la malade un cachet d'Hypophyse de 0,10. Les contractions utérines jusqu'ici lentes et sans efficacité, augmentent en durée, et en intensité.

A 11 heures, on donne un deuxième cachet. Les contractions sont plus vives et durent 1 minute chacune ; puis elles se rapprochent pour se reproduire toutes les trois minutes.

A midi, rupture spontanée et tempestive de la poche des eaux ; il s'écoule peu de liquide amniotique. La dilatation est complète.

A midi 45, expulsion spontanée d'un enfant de 2 kg. 700. L'enfant naît avec un circulaire cervical assez serré ; il est en asphyxie blanche, et a pu être ranimé au bout de 30 minutes par la méthode des bains froids et chauds et la respiration artificielle.

A midi 50, le délivre s'engage pour être expulsé spontanément à midi 55. Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : 100 grammes environ.

Suites des couches normales.

OBSERVATION IX (inédite)

Accouchement normal. Travail long. Rupture artificielle des membranes. Délivrance tardive accélérée par l'Hypophyse. N° 861-S.2.

V pare. VI geste. 33 ans. Ménagère. Ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. A fait ses premiers pas à 10 mois. Ses premières règles apparaissent à 17 ans et ont toujours été depuis très régulières.

Elle a présenté pendant un an des accès de fièvre paludéenne.

Elle a eu quatre grossesses normales, suivies d'accouchement à terme et un avortement de 4 mois.

Grossesse actuelle. Ses dernières règles datent de fin avril 1912 ; les premiers mouvements actifs ont été perçus vers le milieu de septembre.

A son entrée dans le service, le 18 janvier 1913, on constate un utérus dirigé à droite et remontant à 6 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. A cette époque la malade se trouve dans la deuxième quinzaine du 9e mois.

Au cours de sa grossesse, elle a eu une atteinte d'érysipèle il y a deux mois et a fait une chute quatre jours avant son entrée dans le service.

Le facies est bon. L'abdomen, de forme ovoïde, laisse voir des vergetures anciennes et une ligne brune peu prononcée.

La paroi abdominale est ferme. L'utérus, de forme ovoïde, est incliné à droite et présente des contractions douloureuses.

Il s'agit d'une présentation du sommet en O.I.G.P. non engagé. Les mouvements actifs sont perçus à droite et à gauche.

Au toucher, on constate que le vagin et la vulve sont en bon état. Le col, dirigé à gauche et en arrière, est ramolli dans toute sa longueur et présente de l'œdème de la lèvre antérieure ; les orifices sont ouverts, le segment inférieur est formé.

L'auscultation révèle la présence de deux foyers.

Les seins sont bien conformés, avec des mamelons saillants.

Le travail a débuté le 18 janvier à 7 heures et la femme entre à la salle de travail le 19 janvier à 2 heures. La dilatation est complète à 6 h. 30. On procède à la rupture artificielle des membranes. Le liquide amniotique est peu abondant. Enfin à 7 heures, la femme expulse le fœtus.

Le travail a donc duré en tout 23 heures.

A 7 h. 45, la délivrance n'est pas encore faite ; d'un autre côté, la femme ne présente aucune contraction utérine. On lui fait prendre un cachet de 0,10 d'Hypophyse Fournier et 15 minutes après, la femme expulse le délivre avec quelques caillots.

OBSERVATION X (inédite)

Accouchement normal. Inertie utérine. Deux cachets d'Hypophyse Fournier de 0,10. N° 824-S.2.

Primipare. 24 ans. Ménagère. Rien dans ses antécédents héréditaires.

A fait ses premiers pas à 18 mois. Premières règles à 14 ans, très irrégulières.

Dans ses antécédents personnels, on relève un traumatisme violent au côté droit qui nécessite de longs soins, et une bronchite il y a un an.

Grossesse actuelle. Dernières règles du 8 au 10 mai.

L'utérus remonte à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

Elle a eu des vomissements pendant les trois premiers mois.

Elle entre directement à la salle de travail le 20 décembre 1912.

Elle présente des varices aux membres inférieurs. L'abdomen, de forme sphérique, ne porte pas de vergetures. L'utérus, de forme sphérique a une hauteur de 29 centimètres.

Le fœtus est orienté en O.I.D.P.

Au toucher, on ne trouve rien d'anormal du côté de la vulve et du vagin. Le col est effacé et aminci. Le bassin présente des dimensions normales.

Les seins sont bien conformés avec une aérole pigmentée et des mamelons saillants.

Le travail a débuté le 19 décembre à 13 heures, et la femme entre à la salle de travail le 20 décembre avec une dilatation d'une paume de main.

Les contractions sont peu marquées et presque pas douloureuses ; on se rend compte que le travail n'a aucune tendance à progresser.

A 14 heures 15, on donne à la malade un cachet d'Hypophyse ; la tension artérielle est alors de maximum 15, minimum 9. L'absorption du cachet ne donne aucun résultat.

A 17 heures, on donne un second cachet. La tension artérielle est alors de 14-10. Un quart d'heure après, les contractions augmentent en intensité et en durée, elles sont douloureuses, elles présentent un rythme normal qui fait progresser le travail. A 17 heures, la dilatation est complète, et à 17 h. 45, la femme expulse spontanément un enfant de 2.160 grammes.

A 18 h. 20, expulsion spontanée des annexes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XI (inédite)

Inertie utérine. Deux cachets d'Hypophyse. Trois circulaires. Mort apparente. N° 1521-S.1.

III pare. 22 ans. Ménagère. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Premiers pas à 14 mois. Premières règles à 11 ans. Menstruation régulière. Deux grossesses antérieures, dont l'une terminée par un forceps pour inertie utérine, et l'autre terminée par un accouchement normal.

La femme nourrit encore son deuxième enfant, et sa menstruation n'a point reparue.

L'utérus remonte à 5 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. La grossesse est dans la première quinzaine du 9e mois.

Elle entre dans le service le 26 décembre 1912.

Taille 1 m. 56, avec un tronc de 84 cm. Rien d'anormal dans le squelette. Losange obstétrical symétrique.

Œdème léger des membres inférieurs qui présentent également de nombreuses varices.

L'abdomen, de forme ovoïde présente des vergetures et une ligne brune marquée.

La paroi abdominale est relâchée. L'utérus à une forme en obusier ; il est incliné à droite ; sa tension est souple. Il présente quelques contractions douloureuses.

L'enfant se présente par le sommet en O.I.G.P., la tête mobile n'est pas engagée. Mouvements actifs perçus à droite.

Le foyer d'auscultation se trouve en arrière d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

Déchirure ancienne du périnée.

Le col dirigé en arrière et à gauche est ramolli dans toute sa longueur ; l'orifice externe permet l'introduction de la pulpe des doigts. Le segment inférieur est formé.

Le bassin est en général bien conformé.

Les seins sont bien conformés avec des mamelons saillants.

L'analyse des urines ne révèle la présence d'aucun élément anormal.

La malade entre à la salle de travail le 20 janvier 1913 à 7 heures ; le début du travail remonte au 19 janvier à 17 heures.

Le 20 janvier, à partir de 7 heures jusqu'à 9 heures, la femme a de bonnes douleurs. A 9 heures, la dilatation est à 5 francs ; l'effacement est complet et le col est dilatable. La tête n'est toujours pas engagée. Puis les douleurs diminuent pour s'arrêter complètement. A 10 h. ½, on donne un cachet d'Hypophyse de 0,10 qui ne donne pas d'effet appréciable. A 11 heures, on donne un deuxième cachet. Trente minutes après, de bonnes contractions apparaissent, et le travail marche normalement. A 13 heures 40, la dilatation est complète ; alors se produit la rupture tempestive des membranes qui laissent s'écouler un liquide amniotique très abondant, légèrement teinté de méconium. Vingt minutes après, expulsion spontanée d'un enfant de 4 kilogs qui naît avec trois circulaires, et en état d'asphyxie bleue, bientôt vaincue.

A 14 h. 5, le délivre s'engage et est expulsé spontanément à 14 h. 11.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XII (inédite)

Inertie utérine. 3 cachets d'Hypophyse pendant la période de dilatation. N° 822-S.2.

V pare de 36 ans. Journalière. Rien dans ses antécédents héréditaires.

Premières régles à 15 ans. Menstruation régulière. A eu la rougeole à 9 ans.

Quatre grossesses antérieures suivies d'accouchements eutociques à terme.

Grossesse actuelle. Dernières règles du 20 au 25 mars 1912. Premiers mouvements actifs dans le courant du mois d'août.

La malade entre dans le service le 20 décembre, étant au commencement de la deuxième quinzaine du 9e mois.

Elle est examinée le 21 décembre 1912.

Sa taille est de 1 m. 56 avec un tronc de 82 cm. Le losange obstétrical est symétrique.

Elle présente de l'œdème au-dessus du pubis ainsi qu'aux membres inférieurs.

La paroi abdominale très relâchée donne à l'abdomen la forme dite pendulum. Pas de traces de vergetures.

L'utérus, incliné à droite à une hauteur de 38 cm. Il a une forme en besace.

L'enfant se présente par le sommet en O.I.D.P. La tête est très mobile.

Les bruits du cœur fœtal sont perçus à gauche et en arrière. Souffle maternel à droite.

Rien d'anormal à la vulve et au vagin. Le col n'est pas ramolli. Les orifices sont fermés.

Le segment inférieur est en formation.

Bassin en général bien conformé.

Seins bien conformés avec des mamelons saillants.

Pas de traces d'albumine dans les urines.

Le 6 février 1913, la femme jusque là bien portante, présente des troubles de la vue ; elle a des étourdissements fréquents. La tension artérielle est de 16.5—8.5. Un lavage intestinal et un régime sévère viennent facilement à bout de ces accidents.

Le travail débute le 7 février 1913, à 3 heures, et à 6 h. ½, la femme est conduite à la salle de travail. La dilatation a débuté à 4 heures. Comme les contractions manquent d'énergie, on donne,

à 8 heures, un premier cachet sans résultat ; un second cachet donné à 9 h. ½ ne donne aucune amélioration notable. A 10 h. ½, on donne un troisième cachet. A partir de ce moment, les contractions deviennent plus fortes et plus rapprochées, si bien qu'à midi, la dilatation est complète. A 14 heures, a lieu l'expulsion spontanée d'un enfant de 4 kg. 150.

L'engagement du délivre a lieu à 14 h. 10, et il est expulsé spontanément cinq minutes après.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XIII (inédite)

Inertie utérine. Cachets de 0,10 d'Hypophyse. Accouchement spontané. (N° 885-S.2).

Primipare. 19 ans. Ménagère. Entre à la salle de travail le 7 février 1913.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Premières règles à 15 ans. Menstruation irrégulière.

Grossesse actuelle. Les dernières règles datent de la période du 20 au 25 juin 1912.

Les premiers mouvements actifs ont apparu dans le courant du mois d'octobre.

L'utérus, au moment de l'accouchement a une direction longitudivale et remonte à 5 travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

Du 6e au 7e mois, la femme a eu des vomissements.

Pas d'albumine dans les urines.

Œdème et varices nombreuses aux membres inférieurs.

Bassin en général bien conformé.

La parturiente entre à la salle de travail le 7 février 1913, à 9 heures et demie. Le col est dilaté à 1 franc, la poche des eaux est intacte.

Le 8 février, les contractions douloureuses n'ont pas encore fait leur apparition. De 8 h. 30 à 10 h. 30, la femme prend trois cachets de 0,10 d'Hypophyse, un toutes les heures ; ils n'amènent aucune contraction. La malade passe toute la journée du 8 et la nuit du 8 au 9 sans contraction.

A plusieurs reprises, on dut sonder la malade qui ne pouvait uriner seule.

Le 9 février, à 5 heures, rupture précoce des membranes donnant issue au liquide amniotique en assez grande abondance.

A 5 h. 45, on fait absorber un cachet d'Hypophyse, dont l'effet ne tarde pas à se faire sentir en amenant des contractions très vives.

A 6 h. 45, un second cachet active si bien la marche du travail, qu'à 6 h. 55, la dilatation est complète.

A 7 h. 20, la malade expulse spontanément un enfant du sexe féminin pesant 3 kg. 170.

A 7 h.j40, le délivre s'engage et est expulsé spontanément à 7 h. 45.

La femme a perdu environ 150 grammes de sang depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance.

OBSERVATION XIV (inédite)

Grossesse à terme. Bassin normal. Inertie utérine. Cachet de 0,10 d'Hypophyse Fournier pendant la période de dilatation. Accouchement rapide. Enfant de 2 kg. 700. N° 1975-S.2.

Le 23 mai 1915, entre dans le service de Monsieur le Professeur Rouvier, une primipare de 22 ans. Son père est mort de congestion pulmonaire ; sa mère est en bonne santé. Sur 7 frères ou sœurs, trois sont morts d'affections indéterminées, quatre sont actuellement en bonne santé.

Grossesse actuelle. Ses premières règles ont commencé à 15 ans et sa menstruation a toujours été très régulière.

Ses dernières règles remontent à la période comprise entre le 1er et le 4 août 1914 ; elle a pu constater l'apparition des mouvements actifs vers la fin décembre.

L'utérus remonte à 5 travers de doigts au-dessus de l'ombilic ; sa direction est longitudinale. Si l'on considère le volume de l'utérus, l'âge de sa grossesse correspond à la fin du 8e mois ; tandis que d'après les dernières règles, elle serait au milieu de la première quinzaine du neuvième mois.

Examinée dès son entrée dans le service, on remarque un facies bouffi, avec un masque de la grossesse très accentué. Sa taille est de 1 m. 46, la hauteur du tronc de 0 m. 78. La mesure du losange obstétrical donne 12 cm., pour la branche verticale et 11 cm. pour la branche horizontale. La parturiente présente un léger œdème des membres inférieurs.

L'abdomen a une forme ovoïde, avec une ligne brune peu prononcée ; la paroi abdominale est ferme.

L'utérus dont la hauteur est de 28 cm., a une forme ovoïde, une tension ferme et se trouve incliné à droite. Il présente quelques contractions indolores.

Les mouvements actifs du fœtus sont perçus à droite ; l'enfant se présente par le sommet en O.I.G.P. Pas d'engagement. Léger excès de liquide amniotique.

Les bruits du cœur fœtal sont perçus sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Pas de souffle.

Au toucher, rien d'anormal n'est constaté à la vulve, ni dans le vagin.

Les orifices utérins sont fermés ; le segment inférieur est en formation. La tête du fœtus est accessible.

Le bassin est en général bien conformé.

Quelques traces d'albumine dans les urines.

Le 30 mai, à 20 heures, le travail débute ; mais les contractions sont peu fréquentes et manquent d'énergie ; jusqu'au lendemain matin 9 heures, elles se maintiennent ainsi avec une tendance à diminuer dans leur fréquence et leur durée.

A 9 heures, Monsieur le Professeur Rouvier l'examine ; la dilatation est à 2 francs. Les douleurs se répètent toutes les quatre minutes environ et ont une durée de une minute au maximum. Elles sont peu intenses. La poche des eaux bombe ; le col est effacé ; mais l'amincissement n'est pas encore réalisé par suite du défaut d'accomodation de la tête.

A 10 heures, nous l'examinons nous-mêmes ; la dilatation a fort peu progressé ; l'amincissement n'est pas réalisé. L'énergie des contractions faiblit de plus en plus ; aussi donnons-nous à la malade un cachet d'Hypophyse Fournier de 0,10. Environ 20 minutes après l'absorption du cachet, les contractions deviennent beaucoup plus énergiques.

A 11 h. 30, la dilatation est comme une paume de main. Il n'y a pas encore d'engagement ; mais la persistance de l'énergie des contractions nous fait bien augurer de la marche du travail.

A 12 h. 55, la poche des eaux se rompt ; la dilatation est complète. Les contractions sont toujours très énergiques.

Enfin, à 13 heures, la femme expulse spontanément un enfant vivant, du sexe féminin, du poids de 2.700 grammes.

La délivrance fut spontanée et rapide ; le placenta s'est engagé à 13 h. 10 et a été expulsé à 13 h. 15.

OBSERVATION XV (Fournier)

Placenta prœvia. Rupture des membranes et pituitrine. Accouchement spontané.

In « Bulletin de la Société d'Obst. et Gyn. de Paris », avril 1914

Il s'agit d'une III pare enceinte de 8 mois.

7 décembre : hémorragie à 4 heures, suivie de douleurs. Contractions assez fortes amenant l'écoulement du sang. O.I.G.A. Hauteur utérine = 30 cm. Bruits fœtaux un peu sourds. Le toucher permet de faire le diagnostic de placenta prœvia.

Rupture large des membranes. L'hémorragie s'arrête.

A 11 heures : dilatation complète. Injection de 1 cm. de pituitrine

A 11 h. ½ : accouchement avec gros caillots et sang liquide. Délivrance artificielle immédiate. Petit suintement sanguin.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XVI (inédite)

Placenta prœvia. Insertion vélamenteuse. Inertie utérine. 3 cachets d'Hypophyse à la période d'expulsion. (N° 990-S.2).

Primipare. 28 ans. Ménagère. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Premières règles à 12 ans. Menstruation très régulière.

La malade a eu la rougeole en bas-âge, et une atteinte de paludisme à 23 ans.

Grossesse actuelle. Date des dernières règles inconnue. La grossesse est vraisemblablement à terme. Examinée à son entrée dans le service le 23 avril 1913, on constate un facies normal et un œdème léger des membres inférieurs et de la vulve.

La ligne brune abdominale est prononcée ; on trouve des vergetures sur l'abdomen et sur les cuisses.

La paroi abdominale est ferme. L'utérus de forme ovoïde a une

hauteur de 34 cm. ; il présente des contractions douloureuses. L'enfant se présente par le sommet en O.I.G. L'engagement est effectué.

Les bruits du cœur fœtal sont perçus à gauche.

Le bassin est en général aplati et rétréci. (Diamètre de Baudelocque : 18,5 ; bisépineux : 22 ; bicrète : 26 ; biischiatique : 9,5).

Les seins sont bien conformés.

Lorsque la femme arrive dans le service, le 23 avril à 18 heures, la tête est à la vulve depuis plusieurs heures et le travail qui a débuté le 22 avril à 20 heures, ne progresse pas. On donne à la malade deux cachets d'Hypophyse de 0,10. Immédiatement, on constate un renforcement et un redoublement d'énergie des contractions qui amènent l'expulsion spontanée, à 18 h. 45, d'un enfant du poids de 2.750 grammes. Immédiatement on donne un troisième cachet pour hâter la délivrance. La tentative est couronnée de succès, puisque le délivre s'engage à 19 h. 5, pour être expulsé spontanément à 19 h. 15.

Quantité de sang perdu depuis l'accouchement jusqu'à la délivrance : 400 grammes environ.

A l'examen du délivre, on constate que l'on avait à faire à un placenta prœvia avec insertion vélamenteuse. Les membranes étaient dilacérées ; mais la mesure du petit lambeau a donné un centimètre.

OBSERVATION XVII (Prof. Lequeux)

Enchatonnement du placenta dans une corne utérine à la suite de l'emploi de la pituitrine.

In « Archives mensuelles d'Obst. et Gyn. », 8 juillet 1912

Il s'agit d'une femme secondipare qui au deuxième mois de sa grossesse fit des accidents hémorragiques qui cessèrent après que l'utérus rétroversé eut été ramené dans sa position normale.

A ce moment là, l'utérus était irrégulier, ce qui me fit penser à l'existence d'une grossesse angulaire. Après cet incident des premières semaines, tout rentra dans l'ordre jusqu'au 8e mois.

A cette époque, le 10 juin, les membranes se rompent sans qu'aucune contraction apparaisse ; après avoir prescrit une asepsie rigoureuse, j'attendis le début du travail. Le 13 juin, la température

s'élève, il n'y a toujours aucun signe de travail. Je fais alors une injection de 1 centicube de pituitrine Parke et Davis ; la femme ressent une demi-heure après, quelques contractions douloureuses très nettes, intermittentes et régulières à deux minutes d'intervalle ; elles s'espacent au bout d'une heure et disparaissent complètement après une heure et demie. Le lendemain, le début de travail a complètement cessé ; je fais une nouvelle injection de pituitrine dans les mêmes conditions et à la même dose que la veille. Les mêmes contractions apparaissent une demi-heure après et se poursuivent pendant une heure et demie toutes les deux minutes ; le col semble s'effacer, puis tout se calme jusqu'au lendemain 15 juin, où dans la nuit les douleurs reparaissent spontanément pendant une heure environ ; puis disparaissent. Le 16 juin enfin, quelques heures après cette alerte, le travail se déclare franchement, les douleurs sont précipitées, revenant d'abord toutes les deux ou trois minutes, puis toutes les minutes et en trois heures, la femme accouche d'un enfant vivant de 2.500 grammes. Au bout d'une ½ heure, je constate une hémorragie assez abondante ; j'essaie sans succès la délivrance, j'attends encore, l'hémorragie est peu abondante, mais la délivrance ne se fait pas. Je me décide alors à pratiquer la délivrance artificielle et je constate un véritable enchâtonnement placentaire dans la corne droite ; cet enchâtonnement est si serré qu'il me faut faire effort malgré l'anesthésie, pour forcer l'anneau musculaire. Dans les trois jours qui suivirent, la femme présente un phénomène particulier, caractérisé par un état de contracture utérine presque permanent, se traduisant par une gêne, une pesanteur abdominale insupportable. Tout rentra dans l'ordre et les suites de couches furent normales.

CONCLUSIONS

1° L'extrait de lobe postérieur de glande hypophysaire a une action remarquable pour activer la marche de l'accouchement, et, de par les résultats obtenus, ce médicament a droit à une place assez importante dans la thérapeutique obstétricale.

2° Cette préparation donne naissance à des contractions régulières, fortes, se reproduisant à intervalles égaux suivant un rythme qui tend à se rapprocher du rythme normal.

3° Dans la provocation de l'accouchement prématuré, il ne peut, à lui seul, donner naissance aux contractions douloureuses efficientes ; il a au contraire un effet remarquable lorsque l'utérus a été sollicité au préalable par les ocytociques mécaniques.

4° Il donne les meilleurs résultats dans le travail de la grossesse à terme, qui constitue sa véritable indication. Il est très efficace pour combattre l'inertie utérine ; et son action est d'autant plus marquée que le travail est plus avancé, présentant son maximum d'efficacité pendant la période d'expulsion.

5° L'inertie utérine post-partum est combattue avec succès par l'opothérapie hypophysaire ; on obtient le plus souvent une délivrance spontanée avec perte sanguine réduite au maximum.

6° L'administration du médicament par la voie buccale donne d'excellents résultats ; la répartition, dans des cachets rigoureusement dosés, permet une manipulation facile du produit.

7° L'Hypophyse est d'une innocuité absolue et, par suite, on pourra utiliser des doses oscillant entre 0,30 et 0,50.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERES. — A propos de l'extrait d'hypophyse et de son emploi comme ocytocique. (*Correspondenzblatt für Schweitzerœrzte*, 1912, *Heft* 12 *Seite* 454). — (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, décembre 1911.)

AARONS. — Communication au congrès de St-Pétersbourg, septembre 1910. (*Semaine Médicale*, 1911 - n° 1.)

ANTECHI. — Extrait hypophysaire comme moyen de traitement de l'éclampsie. (*Semaine Médicale*, 1912.)

ANTECKI ET ZAKREWSKY. — La Pituitrine et ses applications en obstétrique. (*Przeglad chirurgiczny i ginecologiczny*, *IX-X*-12.)

ASCHNER. — Sur les rapports entre l'hypophyse et les organes génitaux. (*Archiv für Gynakologie*, 1912-*Bd XCVII-Hft*, 2-*S* 299.)

AUBERT. — L'emploi de la Pituitrine. (*Gynecologia Helvetica*, 1912, *N° de printemps.*)

BAB. — La Pituitrine. (*Munchener medizinische Wochenschrift*, 1911, n° 29.)

BAGGER-JŒRGENSEN. — La Pituitrine comme moyen d'accélérer les contractions. (*Zentralblatt für Gynækologie*, 16-*IX*-11.)

BALLERINI. — Sur l'effet ocytocique de l'extrait d'hypophyse. (*Annali di Obstetrico et Ginecologia*, 1912, n° 7, *p.* 105.)

BASSO. — Sur l'emploi de l'extrait d'hypophyse en Obstétrique. (*Soc. toscane d'Obstetrico et Ginecologia*, 1912.)

BÉNARD. — De l'Opothérapie hypophysaire comme médicament ocytocique. Quelques essais avec le Pituglandol. (*Thèse de Toulouse*, 1913, n° 26.)

BENTHIN. — L'Extrait d'hypophyse comme médicament provoquant le travail. (*Therapie der Gegenwart*, 1912, *Hft* 4, *S.* 156.)

BENTHIN. — L'Extrait d'hypophyse dans le diagnostic différentiel de la grossesse et de l'accouchement. (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Ginækologie*, Bd LXX-1912, S. 60.)

BERRUTTI. — Contribution à l'étude des ocytociques. (*Rev. de la Société Méd. Argentine*, 1912.)

BIEDL. — Les Sécrétions internes. (*Berlin*, 1910.)

BOGDANOVICS. — L'emploi de la Pituitrine basé sur 150 cas. (*Association médicale hongroise de Buda-Pest*, 13 mars 1912.)

Bondy. — La Pituitrine dans la pratique obstétricale. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 7 -VII -11.)

Bonnet-Laborderie et Fourdinier. — A propos de l'emploi comme ocytocique de l'extrait hypophysaire. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 31 - VIII, 12.)

Claude et Beaudoin. — Glycosurie hypophysaire et glycosurie adrénalique. (*Semaine Médicale*, 1912, p. 286 et 599 ; 1913, p. 12.)

Claude et Beaudoin. — Sur les effets de certains extraits hypophysaires. (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, décembre 1911, p. 1513.)

Commandeur et Devin. — A propos du traitement de l'inertie utérine par la Pituitrine. (*Bull. de la Sté d'Obstétrique et Gynécologie de Paris*, mai 1912, n° 5.)

Conti et Curti. — Extrait pituitaire. Son action sur la circulation. (*Bull. des Sciences méd. de Bologne*, 1906.)

Cramer. — Action de l'extrait d'hypophyse sur l'œil de grenouille énucléé. (*Journ. of. Exper. Physiol.*, 1908.)

Delille. — L'Hypophyse et la médication hypophysaire. (*Thèse de Paris*, 1909-10.)

Devin. — Recherches cliniques sur l'emploi de l'extrait hypophysaire pendant la grossesse et pendant le travail. (*Thèse de Paris*, 1912.)

Dunan. — Rôle de l'Hypophyse dans la nutrition. (*Presse Médicale*, 19 avril 1911.)

Ebeler. — Action de l'extrait hypophysaire dans l'atonie. (*Medizinische Klinick*, 1911, n° 29.)

Eijenbach. — Expériences avec le Pituglandol en obstétrique. (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 5 - XI - 12.)

Erdheim et Stumme. — Les modifications de l'hypophyse dans la grossesse. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 25 mai 1908.)

Esbensen. — Expériences sur l'extrait hypophysaire. (*Archives mensuelles d'obstét. et gynécol.*, septembre 1914, p. 99.)

Fabre et Rhenter. — Contraction utérine du travail et extrait d'hypophyse. (*Bull. de la Sté d'Obst. et Gyn. de Paris*, mai 1912)

Fellenberg. — L'extrait d'hypophyse comme moyen de déterminer la contraction utérine. (*Correspondenzblatt für Schweitzer Aerzte*, 1911, décembre, n° 34, p. 1227.)

Ferrari (Mlle). — Contribution à l'étude de la Médication hypophysaire en obstétrique. (*Thèse de Buenos-Ayres*, 1912.)

Fischer. — La Pituitrine dans 50 cas obstétricaux. (*Zentralblatt für Gynœkologie*, 6 - I - 12.)

Fischer. — Le Pituglandol pour provoquer et accélérer le travail. (*Lijecnicki Vijesnik*, 1912, t. IV, p. 148.)

Fournier. — De l'emploi de l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse dans le placenta prœvia et la rétention placentaire post-abortive. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, avril 1914, p. 370.)

Frankl-Hochwart et Frœlich. — Contribution à l'étude de la sécrétion hypophysaire. (*Wiener Klinische Wochenschisft*, 1909.)

Fries. — Traitement de l'insuffisance des contractions utérines par l'extrait d'hypophyse. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 12 - IX - 12.)

Fuchs. — Résultats obtenus avec le Pituglandol en obstétrique. (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynœkologie*, t. 73, p. 517.)

Garnier et Thaon. — Action de l'hypophyse sur la pression artérielle. (*Journal de Physiol. et Path. Gén.*, 1906.)

Glinski. — L'hypophyse cérébrale dans ses relations avec la grossesse. (*Nowiny Lekarskie, fasc.* 7, 8, 9.)

Goebel. — Le Pituglandol Roche comme eutocique. (*Munchener mediz., Woch.*, 1912, cahier 30, p. 1669.)

Gottfried. — L'extrait hypophysaire pour provoquer les douleurs. (*Zentralblatt für Gynœkologie*, 8 avril 1912, p. 542, n° 14.)

Grunbaum. — Nouvelles expériences sur l'action ocytocique de l'extrait hypophysaire. (*Münchener Med. Woch.*, 17 - IX - 12.)

Hager. — Interruption de la grossesse par la Pituitrine dans un cas de grossesse prolongée. (*Zentral. f. Gynœkologie*, 9 - III - 12.)

Hahl. — La valeur de la Pituitrine en obstétrique. (*Praktische Ergebnisse der Gebürtshilfe ünd Gynœkologie*, 1912, t. IV, p. 243.)

Hallion et Carrion. — Essai expérimental de l'extrait d'hypophyse. (*Société de Thérapeutique*, 1907.)

Hamm. — L'extrait d'hypophyse dans l'accouchement normal et pathologique. (*Münchener Mediz. Woch.*, 8 - I - 12.)

Hauch et Meyer.— La Pituitrine comme médicament cecsbolique spécialement dans le *placenta prœvia*. (*Archives mensuelles d'Obst. et de Gyn.*, X - 12.)

Heil. — Sur une action exceptionnelle de l'extrait d'hypophyse en obstétrique. (*Zentralblatt f. Gyn.*, 19 - X - 12.)

Heilbronn. — Action de l'extrait hypophysaire en obstétrique. (*Münchener med. Woch.*, 15 - X - 12.)

Hell. — La Pituitrine dans l'avortement. (*Münchener med. Woch.*, 12 - XII - 11.)

Herf et Hell. — Pituitrine pendant l'accouchement. (*Münchener med. Woch*, 15 - I - 12.)

Heugge. — Extrait hypophysaire et narcose en obstétrique. (*Münchener med. Woch.*, 17 - XI - 12.)

Hirsch. — La Pituitrine en obstétrique. (*Münchener med. Woch.*, 30 - IV - 12.)

Hofbauer. — Emploi de l'extrait hypophysaire en obstétrique. (*Münchener med. Woch.*, 28 - V - 12, p. 1210.)

Hofstætter. — La thérapeutique des hémorragies post-partum. (*Zentralblatt für Gynœkologie*, novembre 1910, n° 45, p. 1458.)

Houssay. — Action de l'extrait hypophysaire sur les organes à fibres lisses.

id. — Le principe actif des extraits hypophysaires.

id. — Essai sur la physiologie des extraits hypophysaires. (*Revue de la Soc. des Sciences méd. d'Argentine*, 1911.)

Ibanez Puiggari. — Application thérapeut. du principe actif de l'hypophyse. (*Thèse de Buenos-Ayres*, 1912.)

Jæger. — L'extrait d'hypophyse comme ocytocique. (*Münchener med. Woch.*, 29 - I - 12.)

Kalefeld. — Sur le Pituglandol en obstétrique. (*Deutsche med. Woch.*, 28 - XI - 12.)

Kolde. — L'hypophyse pendant la grossesse et après la castration. (*Archiv für Gynœkologie*, T 98, p. 505.)

Krœmer. — La Pituitrine pour la préparation à la césarienne et contre l'affaiblissement des douleurs. (*Zentralblatt für Gynœkologie*, 30 - IX - 11.)

Lagane. — La médication hypophysaire. (*Presse Médicale*, n° 59, 20 juillet 1912, p. 613.)

Launois. — Recherches sur la glande hypophysaire de l'homme. (*Thèse de Paris*, 1904.)

Lequeux. — Incident survenu à la suite de l'emploi d'extrait hypophysaire. (*Archives mens. d'Obst. et Gyn.*, 8 juillet 1912.)

Liepmann. — L'extrait d'hypophyse en obstétrique. (*Therapeutische Monatshefte*, 1912, p. 569.)

Lindquist. — Sur la Pituitrine en obstétrique. (*Soc. d'Obst. et Gyn. de Stockholm*, séance du 18 avril 1913.)

Livon. — Contribution à la physiologie de l'hypophyse. (*Journal de Physiol. et Path. Gén.*, 15 - I - 09, n° 1, p. 16-27.)

Malinowsky. — Action de la Pituitrine sur les contractions utérines pendant l'accouchement. (*Zentralblatt für Gynœkologie*, 26 - X - 12.)

Mareau. — Quelques insuccès de la médication hypophysaire en obstétrique. (*Thèse de Montpellier*, n° 11, 10 - XII - 13.)

Metzger. — Utilisation des extraits hypophysaires en obstétrique et gynécologie. (*Archives mens. d'Obst. et Gyn.*, mai 1913.)

Musser. — Les effets de l'usage prolongé de l'extrait hypophysaire. (*American Journal of the medical Sciences*, août 1913.)

Nagy. — Provocation et renforcement des douleurs de l'accouchement par la Pituitrine. (*Zentralblatt f. Gynœkologie*, 9 - III - 12.

Parache. — L'extrait de glande pituitaire dans l'accouchement. (*Anales de la Academia de Obst. Gyn. y pediatria*, janvier 1912, p. 47, n° 1.)

Parisot et Spire. — La médication hypophysaire en obstétrique. (*Revue médicale de l'Est*, 15 - XII - 11 et 1 - I - 12.)

Patek. — Action extraordinaire de l'extrait hypophysaire sur l'utérus en travail. (*Zentralblatt für die gesamte medizin*, 1912, n° 33, p. 1083.)

Payan et Guérin-Valmale. — Sur l'emploi des extrait hypophysaires en obstétrique. (*Marseille médical*, 15 - VIII - 12.)

Paulesco. — L'hypophysectomie et ses effets. (*Journal de Physiol. et Pathol. Gen.*, 1907, p. 441.)

Perrin et Remy. — Influence de l'hypophyse sur l'organisme féminin, sur la gestation, sur la descendance, etc. (*Province médicale*, 24 février 1912.)

Pfeiffer. — L'extrait hypophysaire pour provoquer la contraction. (*Zentralblatt für Gynæk.*, 3 - VI - 11.)

Pouliot et Vayssières. — Quelques essais de provocation de l'accouchement par les extraits hypophysaires. (*Archives mensuelles d'Obst. et Gyn.*, juin 1912.)

Renon et Delille. — Opothérapie hypophysaire. (*Société de Thérapeutique*, 1907.)

Reynolds. — Extrait hypophysaire en obstétrique. (*American Journal of obstetric and diseases of women and children*, X - 12.)

Rhenter. — Physiologie de la contraction utérine. (*Thèse de Lyon*' 1910.)

Rhenter et Fabre. — Contraction utérine du travail et extrait hypophysaire (*Réunion obstétricale de Lyon*, mai 1912.)

Richter. — La Pituitrine pour renforcer la contraction utérine. (*Wiener Klin. Woch.*, 1912, n° 13.)

Rieck. — Ne pas employer la Pituitrine dans les accouchements de la pratique privée. (*Münchener med. Woch.*, 9 - IV - 12.)

Rœmer. — Le Pituglandol en obstétrique. (*Münchener med. Woch.*, 17 - IX - 12.)

Ross. — L'extrait hypophysaire comme moyen de régulariser les contractions. (*Zentralblatt für Gyn.*, 26 - VIII - 11.)

Ruder. — Le Pituglandol. (*Hamburger Aerzte Correspondenz*, 14 - I - 12.)

Rouvier (J.). — Leçons cliniques, 1913 et 1914.

Sacchi. — L'extrait d'hypophyse en obstétrique. (*Pensiero-medico*, 1912, n° 27, p. 421.)

Salvioli et Carraro. — Physiologie de l'hypophyse. (*Arch. p. la Scienc. méd.*, 1907.)

Schæfer. — Expériences avec le Pituglandol. (*Münchener med. Woch.*, 8 - I - 12.)

Schmid. — Sur l'emploi de la Pituitrine et du pantopon en obstétrique. (*Gynækologische Rundschau*, 1911, cahier 15, p. 563.)

Siguret. — Contribution à l'étude histologique de l'hypophyse pendant la gestation. (*Thèse de Paris*, 1912, n° 72.)

Siguret. — Fait pour servir à l'action ocytocique de l'extrait hypophysaire. (*Archives mens. d'Obst. et Gyn.*, décembre 1912, p. 490,)

Starkeusteur. — Le Pituglandol. (*Prager med. Woch.*, 1912, cahier 2, p. 15.)

Stern. — Contractions fortifiées et régularisées par la Pituitrine. (*Zentralblatt für Gynækologie*, 5 - VIII - 11, n° 31, p. 1113-16.)

Studeny. — Emploi de la Pituitrine à la Maternité de Brunn. (*Münch. med. Woch.*, 1912, n° 2.)

Thaon. — L'hypophyse à l'état normal et dans les maladies. (*Thèse Paris*, 1907.)

Trapl. — Emploi de l'extrait d'hypophyse dans le placenta prœvia. (*Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, X - 12.)

Turenne. — L'extrait hypophysaire dans la pratique obstétricale. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, décembre 1913, p. 708.)

Vayssières. — Etude sur l'extrait hypophysaire en tant qu'agent ocytocique. (*Thèse Paris*, 1912.)

Veymeersch. — L'extrait hypophysaire considéré comme agent ocytocique et hémostatique. (*Journal médical de Bruxelles*, 18 - IV - 12.)

Voigt. — Sur l'action de la Pituitrine et son emploi en obstétrique. (*Der Frauenarzt*, V - 12.)

Vogt. — Expériences obstétricales avec la Pituitrine. (*Münchener med. Woch.*, 19 - XII - 11.)

Voll. — Traitement par la Pituitrine. (*Münchener med. Woch.*, 17 - IX - 12.)

Zinsser. — Le Pituglandol. (*Berliner Klin. Woch.*, 1912, n° 7, p. 321.)

Zuloaga. — Les extraits hypophysaires en obstétrique. (*La Clincai Castellana*, t. V, novembre 1912, p. 297.)

Vu bon à imprimer :
Alger, le 15 juin 1915.

Le Président de la thèse,
Dr ROUVIER.

Vu :
Le Doyen,
Dr CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 16 juin 1915.

Le Recteur de l'Académie d'Alger,
E. ARDAILLON.

Imp. Algérienne, Alger